Rok XLIII. Kraków 30 Stycznia 1904. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Działanie wody na obumarłe komórki nerwowe w ludzkiej korze mózgowej*).

Podał

Dr. med. i fil. P. Pręgowski.

Po wynalezieniu swej metody, umożebniającej bliższe poznanie wnętrza tworów komórkowych, znajdujących się w ośrodkowym układzie nerwowym, zwrócił się Nissl najpierw ku poznaniu zmian w budowie komórek nerwowych. Posiłkując się wynikami doświadczeń na zwierzętach, ułożył on szereg nieprawidłowych postaci komórkowych. W tem dążeniu przyświecała mu myśl, że komórki nerwowe są najgłówniejszym składnikiem kory mózgowej, a zarazem ogniskiem jej czynności specyficznej. Poznać zmiany, zachodzące w tem ognisku, znaczyło podług Nissla tyle, co zrozumieć obrazy kliniczne chorób umysłowych. Atoli później nauka o tak zw. szarej istocie nerwowej (*das nervöse Grau*), według której nie komórki nerwowe, lecz ta, znajdująca się pomiędzy niemi istota, jest siedliskiem najważniejszych czynności mózgu, osłabiła w przekonaniu twórcy histopatologii kory mózgowej znaczenie komórek nerwowych, a przeto a potrzebę dalszego ich badania. Z drugiej strony, jak w psychiatryi klinicznej (szkoła Kahlbaum-Kraepelinowska), tak też i w badaniach anatomo-patologicznych kory mózgowej przyszło do uświadomienia potrzeby poznania całych procesów chorobowych, a nie tylko oddzielnych części lub okresów tych procesów; myśl ta pociągnęła za sobą potrzebę badania wszystkich pierwiastków kory mózgowej, i więc także neuroglii, a przedewszystkiem naczyń. Zwrócono się tedy do badania tych ostatnich — z niejakim uszczerbkiem dla badań komórek nerwowych. Gdy nadto uwzględnimy, że badanie np. naczyń mózgowych nie wymaga zbyt wielkiej znajomości kory mózgowej (neuroglii i komórek nerwowych), — znajomości, niełatwej jak dotąd do zdobycia, — to poznamy główne czynniki, dla których prace anatomo-patologiczne nad korą mózgową lat ostatnich prawie nie dotykają zmian w komórkach nerwowych. Że to nie ma podstawy, nie potrzeba chyba zbytnio uzasadniać. Należy tylko zauważyć, że pogląd Nissla na tak zw. istotę szarą, jako na najwyższy składnik tkanki nerwowej, wobec którego komórki nerwowe mają znaczenie drugorzędne, jest li tylko hipotezą, uprawniającą do przypuszczenia, że nie będzie jej sądzono stać się prawdą naukową. Gdyby nawet jednak hipoteza ta zupełnie sprawdzić się miała, to i wtedy, w myśl przytoczonej zasady, że poznanie procesów chorobowych w korze mózgowej wymaga znajomości zmian nie tylko w tym lub owym składniku, lecz we wszystkich składnikach kory mózgowej, należałoby zająć się poznaniem zmian w komórkach nerwowych.

Niewątpliwie poznawanie zmian w komórkach nerwowych nie jest łatwe. Utrudnia je bowiem już ta okoliczność, że komórka nerwowa jest tworem, posiadającym daleko większą ilość części składowych i o wiele więcej ma stosunki złożone pomiędzy temi częściami składowemi, aniżeli to zachodzi w jakimkolwiek innym narządzie. Najważniejszym atoli jest ten wzgląd, że w badaniu anatomiczno-patologicznem nie mamy zazwyczaj do czynienia z jednolitemi i typowemi postaciami zmian, lecz z ich kombinacyami. Pomijając już to, że często różne choroby umysłowe skojarzyć się mogą w jednym osobniku, podobnie jak to ma miejsce często i w chorobach somatycznych, przyjąć należy pod uwagę przedewszystkiem ten fakt, że umysłowo chorzy schodzą zwykle na jakąś chorobę somatyczną, a zaś chorobom somatycznym towarzyszą także zmiany w korze mózgowej, czego niekiedy klinicznym równoważnikiem są np. obłędy gorączkowe. Wreszcie jedna jeszcze przeszkoda utrudnia oryentowanie się w zmianach komórek nerwowych: jest nią przypisywanie czynnikom, działającym po śmierci zbyt wielkiego wpływu, wywołującego zmiany sztuczne w komórkach nerwowych. W tym kierunku szczególniej wielka rola przypadła działającej pośmiertnie wodzie, której przypisano właściwość wywoływania w komórkach nerwowych zmian zupełnie jednolitych i typowych, mających się charakteryzować: 1) wielkiemi pustemi miejscami zamiast ciała komórkowego, które się rozpada i wypada (tak zw. *Blasenbildung*); 2) obecnością od strony podstawy komórki wyraźnie i w całości zachowanej ścianki komórki wraz z odchodzącą od niej wypustką nerwową, co czyni wrażenie tarczy; 3) jądrami zmalałemi, wybitnie niebieskiemi, bez widocznej budowy, nie posiadającemi osłonki jądrowej, a często otoczonemi jasnym paseczkiem. W drobnowidowych przeto skrawkach, wziętych z kory mózgowej umysłowo chorego, mieliśmy do odróżnienia oprócz zmian, odpowiadających schorzeniom umysłowym, jeszcze z jednej strony ewentualne zmiany, spowodowane cierpieniem somatycznem i z drugiej strony możliwość wspomnianych zmian sztucznych pochodzenia wodnego, co wszystko czyni zrozumiałemi trudności, jakie stają na drodze do bliższego poznania zmian w komórkach nerwowych.

Dążąc do wytworzenia sobie sądu o tych zmianach, należało przedewszystkiem zwrócić się ku owej, rzekomo powstawać mającej pod działaniem wody zmianie sztucznej i przekonać się, czy rzeczywiście i o ile woda gra tutaj jaką

*) Praca niniejsza jest częścią większej rozprawy, odnoszącej się do zmian w komórkach nerwowych, dokonanej w pracowni hejdelbergskiej i na materyale, życzliwie dostarczonym przez szefa tej pracowni prof. F. Nissla.

rolę. Do tego skłoniło mnie także i. to, że owa rzekoma zmiana przypominała mi pod niektórymi względami inną zmianę, na którą natknąłem się w badaniach moich, a która nie ma nic wspólnego z wytworem sztucznym. A wreszcie, przy głębszem zastanowieniu się już *à priori* wydań się musi wątpliwem, ażeby woda była w stanie w przeciągu kilku lub kilkunastu godzin wywołać w obumarłych komórkach nerwowych tak wybitne zmiany. W celu wyjanienia tej wątpliwości przeprowadziłem badania na mózgach 5-ciu przypadków, czterech psychiatrycznych i jednego somatycznego. Doświadczenia te prowadziłem w sposób następujący: sekcya odbywała się w prosektoryum prof. Arnolda, była wykonywana zwykle nie później, jak w dwie godziny po śmierci chorego. Mózg wyjmowano i krajano bez polewania wodą, a następnie wycięte części kładłem jedne wprost do alkoholu bez zetknięcia ich z wodą, inne dawałem do zwykłej wody, tudzież do wody przekroplonej, jako posiadającej większe własności wyługowujące, niż woda zwykła. Jedne cząstki mózgu trzymałem w wodzie 1—2 minut, inne 10—15 minut, inne jeszcze około 2 godzin i około 24 godzin. Następnie kładłem te cząstki mózgu do alkoholu i postępowałem z niemi podobnie, jak z temi, które nie były zetknięte z wodą, w sposób zwykły, według metody Nissla. Takim sposobem otrzymałem z każdego mózgu skrawki z cząstek, które nie były w zetknięciu z wodą, tudzież z tych, które wystawione były i to rozmaicie długo na działanie wody zwykłej lub przekroplonej. Z pięciu badanych mózgów otrzymałem razem 5 skrawków bezwodnych, tudzież 40 skrawków, traktowanych wodą; z tych ostatnich dwadzieścia wystawione były na działanie wody zwykłej, a dwadzieścia na działanie wody przekroplonej — i to tak, że po 5 skrawków, t. j. z każdego badanego mózgu, jedne wystawione były na działanie wody około 2 minut, inne po 20 minut, po 2 godzin i po 24 godzin.

Badanie tych 45 skrawków dało wynik ujemny. O występowaniu pod działaniem wody wspomnianego obrazu zmian w komórkach nerwowych — nie ma mowy. Między skrawkami mózgów, które nie stykały się z wodą, a tymi które uległy jej działaniu, nie okazała się prawie żadna różnica; co najwyżej może w komórkach nerwowych o ciele komórkowem, rozpadłem niezawodnie wskutek procesu chorobowego, można było spotykać luki i puste miejsca częściej w skrawkach grupy drugiej, aniżeli w skrawkach pierwszej, które nie podlegały działaniu wody, chociaż w tych ostatnich były one często również w znacznej ilości. O przerwach w rozpadłem ciele komórkowem, o lukach i pustych w niem miejscach, obszerniej traktuję w opisie rozpadu, występującego w ciałach komórek, mającego miejsce tak w I-szej jak i w II-giej postaci chorobowej, opisanej przezemnie na innem miejscu. Tam, gdzie ciało komórek rozpada się na masę drobnoziarnistą, której cząsteczki leżą luźno obok siebie, nie pozostawiając w żadnym z sobą w związku, bez trudności powstać mogą luki, gdyż cząstki tej masy mogą łatwo zostać wypłókane w czasie przygotowywania skrawków metodą Nissla, która wymaga używania wielu płynów. Zetknięcie z wodą może grać tutaj tylko rolę niewyłącznego, ale jednego z wielu czynników. O tem zaś, aby woda niszczyła prawidłowe ciało komórkowe i zupełnie go wypłókiwała, aby robiła widoczną wypustkę nerwową, kurczyła jądro, zmieniała jego wejrzenie, czyniła niewidoczną jego osłonkę itd., itd., o tem nie może być mowy wobec wyników wspomnianych doświadczeń. Zresztą autor tej rzekomej zmiany w komórkach nerwowych, wywołanej pośmiertnem działaniem wody, w którego pracowni dokonane zostały moje doświadczenia, przekonał się sam zupełnie o błędzie swego poglądu. Z całej nauki o postaci komórkowej, powstającej rzekomo wskutek działania wody, pozostać powinna, sądzę, jedna wielka korzyść, a mianowicie ta, że stwierdzenie w ciele komórkowem luki i pustego miejsca powinno być uważane za niezbity dowód tego, że komórka ta posiadała rozpadłe ciało komórkowe, a więc że była komórką chorą.

Kończąc składam serdeczne podziękowanie panu prof. Nisslowi za życzliwe udzielenie mi materyału do niniejszej pracy.

* * *

Z kliniki dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

II. Spostrzeżenia nad tigenolem „Roche“ w leczeniu chorób skórnych.

Podał
Dr. J. Pacyna,
asystent kliniki.

Szwajcarska firma „F. Hoffmann-La Roche i S-ka“ wprowadziła niedawno w handel apteczny nowy przetwór leczniczy „thigenol“. Jestto przetwór siarczany, uzyskany na drodze syntetycznej, wielce zbliżony do ichtyolu, przewyższa go jednak pod wielu względami, a mianowicie, że zawiera więcej organicznie związanej siarki, bo 10%, podczas gdy ichtyol ma jej tylko 8·8%; tigenol jest prawie zupełnie bezwonnym i bez smaku, daje się łatwo wodą zmyć ze skóry, na której roztarty, szybko zasycha, tworząc równą, delikatną i nie klejącą się powłokę; z bielizny daje się wyprać bez śladu, a wreszcie jest tańszy od ichtyolu, bo podczas gdy według ostatniej taksy aptekarskiej gram ichtyolu kosztuje 10 h., gram tigenolu wynosi tylko 7 h. Rozpuszcza się bardzo łatwo, bez wszelkiego osadu w wodzie, w nieco rozcieńczonym alkoholu i w glicerynie, miesza się dokładnie z wszelkiego rodzaju tłuszczami i z kolodyonem, stąd też daje się stosować w najrozmaitszych mieszaninach i w dowolnem zagęszczeniu. Mając zamiar podać spostrzeżenia moje nad stosowaniem tego środka w leczeniu chorób skórnych, nie będę się zatrzymywał nad jego leczniczemi własnościami w przypadkach chorób innego rodzaju. *A priori* zaznaczyć tu muszę, że spotykając się często z receptami, zapisywanemi głównie przez lekarzy niemieckich, które dzięki swemu nader złożonemu skombinowaniu nie łatwemi są do zapamiętania, starałem się stosować tigenol w możliwie najprostszych formach. W jakich zaś przypadkach w dermatoterapii można używać tigenolu, to nam wskazują jego własności działania. Zastosowany na skórę, wywołuje zwężenie się raczyń obwodowych, a tem samem usuwa swędzenie, co w leczeniu zmian wypryskowych jest czynnikiem niewątpliwie najważniejszym; dalej łagodzi stany zapalne skóry i przyśpiesza wessanie nacieków; osusza skórę, a miejsca obnażone z naskórka osłania, chroniąc tem samem od wtargnięcia zakaznych drobnoustrojów, a wreszcie działa bardzo wybitnie bakteryobójczo, co w kilku przypadkach chorób zakaznych skóry zauważyć byłem w stanie.

Próby Saalfelda i Jaqueta, uwieńczone doskona-

łym wynikiem, skłoniły mnie do stosowania tigenolu w rozmaitych dermatozach. Doświadczenia moje przeprowadzałem głównie na chorych klinicznych, łaskawie mi przez profesora na ten cel odstąpionych, częściowo także na chorych, szukających u mnie prywatnie porady. Aby nie rozwlekać pracy, nie będę szczegółowo opisywać pojedynczych przypadków, nad ważniejszymi tylko nieco dłużej się zastanowię. Ogółem dotąd stosowałem tigenol w blizko 100 przypadkach, z tych najczęściej w wyprysku, szczególniej w formach przewlekłych i tu zaraz zaznaczyć muszę, że w leczeniu tego rodzaju chorób tigenolem zawsze mieć trzeba na pamięci osobniczą drażliwość skóry poszczególnych osób, zauważyć bowiem mogłem, że niejednokrotnie chorzy o bardzo na pozór wrażliwej skórze znosili wysoko odsetkowe roztwory i maści tigenolowe, a nawet czysty przetwór bez najmniejszego odczynu ujemnego, natomiast u chorych o wcale nie pielęgnowanej skórze po zadziałaniu tigenolu widziałem objawy silnego zadrażnienia, które jednak ustępowało albo samo, albo przez stopniowanie zagęszczenia począwszy od najniższych odsetków, łatwo dawało się usunąć. Dzieci wogóle znoszą ten przetwór dobrze. Chociaż tigenol, jak już wspomniałem, czysty, w roztworach alkoholowych czy wodnych, zasycha prędzej lub później na skórze, tworząc nieklejącą się powłokę, to jednak, zastosowany w miejscu, gdzie dwie powierzchnie skóry się stykają, lub też gdzie wydzielina gruczołowa obfitsza, rozpuszcza się i przyklejając bieliznę do skóry, powoduje nieprzyjemne uczucie i podrażnienie; w tych przypadkach można zastosować tigenol w kombinacyi z kolodyonem, należy tylko pamiętać o chwilowem pieczeniu, jakie sprowadza eter.

W wypryskach ostrych, nie sączących, stosowałem zazwyczaj tigenol w maści 10—20%, a nawet 30% z *unguentum simplex*, *unguentum zinci Wilsoni*, z pastą cynkową Lassara, lub lanoliną. Na oczyszczoną skórę polecałem smarować maść co 12 godzin i przysypywać pudrem cynkowym, lub jakąkolwiek mączką. Zwyczajnie już po upływie pierwszego tygodnia skóra na zajętych częściach stawała się podatną, bladła, a łuszczenie stawało się bardzo skąpem W następujących dwóch tygodniach przychodziło albo do zupełnego wyleczenia, albo stan tak znacznie się poprawiał, że polecałem stosowanie maści już tylko raz na 24 godzin. Przed każdem następnem zastosowaniem trzeba poprzednio użytą maść usunąć, co najlepiej uskutecznia się oliwą i watą, woda bowiem działa ujemnie na stan skóry, zajętej wypryskiem. Na 14 przypadków zupełne wyleczenie nastąpiło w 5-ciu po 2 tygodniach, w 7-miu w czasie od 2 do 4 tygodni, w jednym po 6 tygodniach; o jednym, który straciłem z oczu przed ukończeniem leczenia, nic stanowczego powiedzieć nie mogę.

W wypryskach ostrych, bądź sączących, bądź pęcherzykowych, stosowałem tigenol albo z maścią Hebry, przyczem nie zauważyłem charakterystycznego zabarwienia skóry siarczkiem ołowiu, albo w roztworze alkoholowo-wodnym 30 do 50% i polecałem zajęte miejsca co 12 godzin pędzlować szczecinowym pędzlem, stosując nadto w niektórych przypadkach okład kwaśny. Gdy przy takiem postępowaniu ustąpiły objawy zapalne, co zazwyczaj już po kilku dniach miało miejsce, przechodziłem do którejkolwiek z wyżej podanych maści. Takich przypadków spostrzegałem aż do zupełnego wyleczenia, które nastąpiło najpóźniej w 5 tygodni, tylko sześć; w kilkunastu innych z winy samych chorych obserwacya nie mogła być ścisła. W jednym przypadku ostrego sączącego wyprysku prącia, moszen i pachwin, który sprawiał choremu dotkliwe bóle i opierał się wszelkim innym sposobom leczenia, gdzie po zastosowaniu 25% roztworu wodnego tigenolu wystąpiło jeszcze silniejsze podrażnienie, pod maścią cynkową z dodatkiem 10 do 20% tigenolu miałem zupełne wyleczenie w ciągu niespełna 2 tygodni.

Większą rozmaitość przypadków miałem w leczeniu wyprysku przewlekłego i z tych niektóre pokrótce opiszę:

E. K., lat 25, żona konduktora kolejowego. Rozpoznanie: *Eczema chronicum thyloticum rhagadiforme palmae manus sin.* Cierpienie trwało od szeregu miesięcy i nie ustępowało mimo stosowania najrozmaitszych środków. Chora zgłosiła się do mnie w chwili, kiedy z powodu głębokich popękań i nadzwyczajnego zgrubienia skóry na dłoni ręką władać nie mogła. Stosowałem pierwotnie kolejno plaster salicylowy, maść Hebry, maść Kaposiego, mydło szare i t. p.; wszystko jednak bezskutecznie; wreszcie poleciłem pędzlowanie czystym tigenolem dwa razy dziennie. Po użyciu pierwszych 50 gramów skóra na dłoni zmiękła, a zrogowaciały naskórek począł się złuszczać grubymi płatami. Po użyciu następnych 50 grm. tigenolu popękania były zabliźnione, skóra okazywała tylko bardzo ograniczone zgrubienia, zresztą była bardzo podatna i miękka, ale napięta i na dotyk więcej wrażliwa. Teraz zastosowałem pastę cynkową Lassara z dodatkiem 20% tigenolu, pod działaniem której skóra nabierała coraz więcej jędrności i sprężystości, stała się gładką i mimo nieuwagi chorej, która swej ręki nie chroniła od wpływów szkodliwych, 6-go tygodnia była tylko zaczerwienioną, ale zresztą prawidłową. Od tej chwili pacyentki nie widziałem.

J. M., l. 48, handlarz skór. Rozpoznanie: *Eczema chronicum palmae manus utr.* Cierpienie trwa od kilkunastu lat, ciągle leczone, wyniki jednak małe i przemijające. Leczony ambulatoryjnie w klinice rozmaitymi środkami, lecz bezskutecznie; wreszcie zastosowałem pędzlowanie czystym tigonelem raz dziennie i zawijanie rąk. Zużycie 50 grm. tigenolu spowodowało tak znaczne polepszenie, że następowo poleciłem pędzlowanie 50% roztworem alkoholowo-wodnym tigenolu, a po zużyciu tego zapisałem 15% maść tigenolową i po 3-tygodniowem używaniu jej dłonie były prawidłowe, okazywały tylko nieco silniejsze zaróżowienie i drażliwość skóry tak, że chory musiał stale nosić rękawiczki. Choremu temu poleciłem dalsze używanie maści tigenolowej.

Fr. S., lat 37, wyrobnica. Rozpoznanie: *Eczema chronicum cruris utr. cum ulceribus.* Czasu trwania cierpienia chora dokładnie podać nie umie; w każdym jednak razie liczy się ono na miesiące. Oba podudzia, w całości zajęte wypryskiem, okazują rozległe owrzodzenia, zanieczyszczone, atoniczne. Silny świąd, ból i niemożność chodzenia spowodowały chorą, że jako ambulantka zgłosiła się do kliniki. Zastosowałem czysty tigenol do pędzlowania wrzodów, na wyprysk zaś maść Hebry z dodatkiem 10% tigenolu. Przy następnej wizycie (w 3 tygodnie później) chora nie czuła już ani bolu, ani swędzenia, skóra podudzi, pierwotnie sina, była różową, gładką, miękką, wrzody pokryte zdrową ziarniną, zaciągającą się od brzegów. Poleciłem w dalszym ciągu to samo leczenie, a gdym chorą znowu niespełna po miesiącu zobaczył, wyprysk był w zupełności usunięty, mniejsze wrzody pokryte, a na miejscu największego, pierwotnie wielkości dłoni dziecka, tylko nazbyt wybujała ziarnina na przestrzeni halerza, po zniszczeniu której laseczką lapisu poleciłem chorej w dalszym ciągu pędzlowanie tego miejsca tigonolem i ze względu na żylaki opaskę uciskową. Chora więcej się nie zgłosiła.

Obecnie mam w leczeniu chorego z rozległym wypryskiem na tle łojotokowem, zajmującym głowę, twarz, piersi, brzuch i kończyny. Zastosowałem od początku 20% maść cynkowo-tigenolową z wynikiem nadspodziewanie dobrym.

Ogółem stosowałem tigenol w 28 przypadkach przewlekłego wyprysku rozmaitych postaci, z tych tylko 9 spostrzegałem przez czas długi, zawsze jednak wynik leczenia był pomyślny. Tu jeszcze nadmienić muszę, że kilkakrotnie po zastosowaniu czyto czystego tigenolu, czy też jego alkoholowo-wodnych roztworów, widziałem w mniejszym, lub większym stopniu wywołane zadrażnienie, natomiast nigdy tego

nie widziałem po zastosowaniu tigenolu w maści. Wogóle wypryski spowodowane zewnętrznymi wpływami opierały się dłużej leczeniu, w tych jednak przypadkach, gdzie tło łojotokowe było powodem wyprysku, tigenol oddawał mi szybkie i bardzo dobre usługi.

W trzech przypadkach *dermatitis artefacta* stosowałem tigenol w trojaki sposób i tu zaznaczyć muszę, że gdy maść cynkowa z dodatkiem 10% tigenolu i puder usunęła rozległe zapalenie skóry w niespełna 3 tygodnie, po zastosowaniu 20% rozczynu tigenolu w *ol. paraffini* z lanoliną, którym dwa razy dziennie nacierałem zajęte miejsca, dając na to okład kwaśny, już po 10 dniach miałem wynik zadowalniający; natomiast w trzecim przypadku pędzlowanie rozczynem: *thigenol 50,0, spirit. vini 30,0, aq. destill. 20,0* wywołało silne zadrażnienie skóry, a i w tym przypadku następowo zastosowany puder cynkowy usunął zadrażnienie i szybko doprowadził do zupełnego wyleczenia, czego nigdy przy stosowaniu samego pudru zaobserwować nie miałem możności.

Bardzo również pomyślny wynik po zastosowaniu tigenolu miałem w przypadku liszajca zwyczajnego. Rodzeństwo (chłopczyk lat 10 i dziewczynka lat 7) uległo równocześnie zakażeniu: u chłopczyka zajęte były strupami liszajca znaczna część głowy, uszy i rozległe miejsca na twarzy, u dziewczynki okolica nosa, ust i za małżowiną. Po usunięciu strupów zastosowałem w pierwszym przypadku 25% mieszaninę tigenolu z oliwą i wasogenem, w przypadku drugim 10% maść siarczaną. Chłopczyk wyzdrowiał w niespełna 3 tygodnie, dziewczynka potrzebowała do wyleczenia dwa razy dłuższego czasu.

Tigenol czysty stosowałem nadto w jednym przypadku *trichophytia animalis faciei* (kota), niewątpliwie stwierdzonej na zwierzęciu i drobnowidowo. Na lewym policzku 18-letniej dziewczynki miejsce zakażenia wielkości korony, naokoło zaś obwódka zapalna około 2 ctm. w promieniu. Zastosowałem pędzlowanie czystym tigenolem 3 razy dziennie i dokładne zmywanie mydłem szarem. Trzeciego dnia, a więc po 6-tem zapędzlowaniu, badanie bakteryologiczne dało wynik ujemny, objawy zapalne skóry ustąpiły, a po 8 dniach wyleczenie było zupełne.

W dalszym ciągu wspomnieć muszę o wyleczeniu w jednym przypadku dość rozległego *lichen chronicus Vidali* (*neurodermitis Brocq*). Poprzednio chory leczył się przez dłuższy czas arsenem. W chwili, kiedy zgłosił się do kliniki, typowe guzki zajmowały głównie boki klatki piersiowej i brzucha, chory zaś skarżył się na nieznośne swędzenie. Zastosowałem 20% maść tigenolową z lanoliną, a po ustąpieniu swędzenia 10% maść tigenolowo-cynkową i w 6-tym tygodniu można było uważać chorego za wyleczonego.

Działanie tigenolu uśmierzające ból spostrzegać mogłem w przypadkach oparzeń, z których pięć leczyłem tym przetworem. W jednym u 17-letniej dziewczyny oparzenie wrzącą wodą zajmowało ramię, część przedramienia i bok klatki piersiowej. Skóra właściwa *(corium)* na rozległej przestrzeni była obnażona, co powodowało dotkliwe pieczenie. Zastosowałem okłady z oleju lnianego i wody wapiennej po równej części z dodatkiem 10% tigenolu. W pół godziny po założeniu opatrunku pieczenie ustało, a 4-go dnia obnażone miejsca zaczęły się pokrywać naskórkiem. Poleciłem 10% maść tigenolową z lanoliną i waseliną i w niespełna 2 tygodnie chora była wyleczona. Trzy inne przypadki leczyłem wyłącznie 10 i 20% maścią tigenolową, której zastosowanie również bardzo kojąco działało i względnie szybkie sprowadziło wyleczenie. W piątym przypadku oparzenia płonącym spirytusem ręki, przedramienia, uda, podudzia i stopy po stronie lewej, w którym na podudziu widniały powierzchowne zwęglenia skóry, zastosowałem obok codziennych przydłuższych kąpieli nacieranie maścią tigenolową chłodzącą; *thigenol 10,00, adipis lanae 20,00, vaselini fl. 30, aq. destill. 10,00*. Po 14-tu dniach chory opuścił klinikę.

W dwóch przypadkach świerzbiączki łagodnej (*prurigo mitis*) stosowałem maść tigenolową 10 i 20% z lanoliną i waseliną i codzienne kąpiele. W tych jednak przypadkach nie widziałem lepszego wyniku, jak przy stosowaniu maści naftolowej, z tą tylko różnicą, że już trzeciego dnia od rozpoczęcia leczenia swędzenie znacznie się zmniejszyło.

W przypadku *herpes progenitalis* u starszej kobiety zastosowałem 20% rozczyn glicerynowy tigenolu. Z początku wystąpiło zadrażnienie i pieczenie, które przypisywałem działaniu gliceryny, zauważyłem nawet lekki obrzęk sromu; po dokładnem jednak oczyszczeniu zajętego miejsca tasama mieszanina nie wywoływała już żadnych cierpień, a w 12 dni chora nie okazywała zmian żadnych.

Dalej wspomnieć muszę o działaniu tigenolu w leczeniu trądzika. W pierwszym przypadku trądzika pospolitego czoła i policzków zastosowałem na noc po dokładnem namydleniu mydłem siarczanem, zmyciu i osuszeniu twarzy zapędzlowanie mięszaniną tigenolu z wodą i alkoholem w równych częściach. Leczenie trwało do trzech miesięcy, ale wyleczenie było zupełne. W drugim podobnym przypadku po codziennem stosowaniu 50% rozczynu alkoholowo-wodnego tigenolu na noc w 3 tygodnie skóra w zupełności przybladła, a ilość guzków trądzika znacznie się zmniejszyła. Przypadek trzeci dotyczy trądzika u opilca. Tu stosowałem dłuższy czas najpierw pastę złuszczającą naprzemian z maścią borową, a po znacznem złuszczeniu naskórka podałem 20% maść tigenolową, dzięki której szkarłatnowiśniowa pierwotnie cera przybrała wejrzenie prawidłowej i reszta guzków trądzika uległa zupełnemu wygładzeniu. Chory w tym stanie opuścił klinikę.

W przypadku łupieżu różowego tułowia (*pityriasis rosea Gibert*) stosowałem przez 2 tygodnie 20% maść tigenolowo-cynkową bez widocznego polepszenia. Następnie zastosowałem maść z 20 grm. tigenolu, 60 grm. lanoliny i 30 grm. oliwy, poczem stan zaczął się szybko poprawiać, a niespełna w 2 tygodnie chory był zupełnie wyleczony.

W przypadku łuszczycy na czole zastosowałem 20% mieszaninę tigenolu z kolodyonem; nie widziałem jednak dodatniego wyniku i śmiało mogę tu oddać pierwszeństwo eurobinie.

W przypadku figówki pospolitej brody (*sycosis barbae vulgaris*) stosowałem tigenol czysty i w rozmaitych kombinacyach; gdy jednak po 4-tygodniowem leczeniu nie widziałem wybitnego polepszenia, musiałem przejść do innego środka leczniczego.

W jednym przypadku *erythrasma in inguine* poleciłem 25% mieszaninę tigenolu z kolodyonem. Leczenie było bardzo niesystematyczne, mimo to jednak, gdy w kilka miesięcy później przypadek ten widziałem, musiałem uznać wynik leczenia za bardzo zadowalniający.

Stosowanie tigenolu w takich chorobach przewlekłych, jak strupień woszczynowaty i teczeń, jest wobecnych warunkach w kl nice stałej prawie niepodobne do wykonania; mimo to jednak próbowałem tego środka u chorych przychodnich, wszystkie jednak tego rodzaju przypadki prędzej lub później usuwały się z pod mojej obserwacyi, a i w początkach leczenia wyniki nie były zbyt obiecujące. W ostatnich czasach stosuję 20% maść cynkowo-tigenolową u dziewczyny cierpiącej na zupełnie świeży wykwit toczuia rumieniowego (*lupus erythematosus faciei*) i u mężczyzny z *lupus exfoliativus*, zajmującym prawie jedną trzecią część powierzchni skóry. U dziewczyny wynik leczenia jest bardzo dobry i wyleczenia zupełnego niebawem spodziewać się można; u drugiego chorego zaś uzyskałem dotąd tylko znaczne zmniejszenie się nacieku, bez porównania większą elastyczność zajętej skóry, a miejscami nawet szybką skłonność do zupełnego wessania guzków.

W dalszym ciągu wspomnieć muszę o stosowaniu tigenolu w jednym przypadku łupieżu białego głowy. U chorego, który od szeregu lat cierpiał na łupież, w ostatnich tygodniach cierpienie znacznie się spotęgowało i włosy obficie zaczęły wypadać. Poleciłem po ostrzyżeniu codziennie zmywać głowę spirytusem mydlanym, a następnie nacierać 1% rozczynem tigenolu w spirytusie i wodzie. Po dwóch tygodniach leczenia wypadanie włosów ustało, a i objawy łupieżu dotychczas się nie ponowiły.

O działaniu tigenolu w świerzbie nie wiele mogę powiedzieć; stosowałem go bowiem dotąd dopiero w trzech przypadkach raz według formułki, podanej przez Saalfelda: *thigenol 70,00, spirit. vini 20,00, aq. destill. 10,00*. Po trzechkrotnem zapędzlowaniu tą mieszaniną całego ciała co 12 godzin i następowej kąpieli chora nie czuła już swędzenia; po 4-ch jednak dniach ponowiły się objawy swędzenia, a między palcami można było wykazać świeże pęcherzyki świerzbowe. Poleciłem powtórzyć zabieg i cel został w zupełności osiągnięty. Ponieważ po pierwszych trzech pędzlowaniach swędzenie ustało, a powtórzyło się dopiero po 4 dniach, nasuwa się przypuszczenie, że tu albo nastąpiła reinfekcya albo też trzechkrotne napędzlowanie nie było jeszcze dostateczne, nie wygubiło jajek pasorzyta. Zupełnie zadowalniający wynik miałem w drugim przypadku po zastosowaniu metody Jaqueta u 12-letniej dziewczynki. Poleciłem dokładnie natarcie całego ciała mydłem szarem, po godzinie kąpiel i tigenol w stanie czystym. Na drugi dzień rano znów kąpiel i natarcie tigenolem, ten sam proceder wieczór i trzeciego dnia uzyskałem zupełne wyleczenie. Trzeci przypadek leczyłem również sposobem Jaqueta z wynikiem dodatnim. Tinegol zasługiwałby w leczeniu świerzbu choćby z tego względu na uwagę, że nie ma nieprzyjemnej woni, nie niszczy bielizny i jest względnie nie drogi.

W czasie moich doświadczeń z tigenolem raz tylko miałem sposobność zastosowania go w róży policzków. Tu od początku poleciłem pędzlowanie zajętego obszaru skóry tigenolem z małym dodatkiem oliwy, stosując nadto z powodu znacznego stopnia sprawy zapalnej okład lodowy. Na drugi już dzień napięcie skóry zmniejszyło się i stan za palny zaczął łagodnieć. Trzeciego dnia obrzęk zapalny zmniejszył się do *minimum*, skóra zbladła, a chora nie doznawała już żadnego napięcia. Po kilku dniach zastosowałem maść tigenolową chłodzącą i z końcem drugiego tygodnia leczenia wypuściłem pacyentkę z opieki.

Na uwagę zasługuje jeszcze spostrzeżenie dodatniego działania tigenolu w przypadku pokrzywki przewlekłej. Chłopczyk 11-letni, syn lekarza, cierpi od 2 lat na silny świąd w zakresie całej skóry. Ojciec rozpoznał tu pierwotnie świerzbiączkę; odpowiednie jednak leczenie okazało się bezskutecznem. Równocześnie chory cierpiał na nawykowe zaparcie stolca i był odpowiednio leczony. Przy pierwszem badaniu zauważyłem obok rozległych śladów drapania i rozrzuconego wyprysku kilka typowych bąbli pokrzywkowych, które przy uwzględnieniu istniejących zaburzeń w trawieniu pozwoliły mi na pewne rozpoznanie. Poleciłem lek przeczyszczający i odpowiednią dyetę, zewnętrznie zaś 50% alkoholowo-wodny rozczyn tigenolu. Po tygodniu chory przyznał znakomite zmniejszenie się swędzenia, badanie zaś nie wykazało nigdzie bąbli, ani świeżych śladów drapania, a miejsca pierwotnie wypryskiem zajęte nie okazywały zmian żadnych. Przeszedłem teraz do pasty cynkowej Lassara z dodatkiem 20% tigenolu i do pudru i aczkolwiek raz tylko później chorego widziałem, przekonałem się, że stan jego zdrowia nie pozostawia nic do życzenia.

Kończąc sprawozdanie z moich kilkunastomiesięcznych doświadczeń nad tigenolem wspomnę jeszcze mimochodem o działaniu tego środka w rzeżączce. Stosowałem go w kilku zaledwo przypadkach, mianowicie w jednym przypadku rzeżączki świeżej części przedniej w rozczynie wodnym 1—2% z małym dodatkiem gliceryny, i w dwóch przypadkach rzeżączki przedniej i tylnej części; zauważyłem jednak, że działanie tigenolu w tym przypadku w niczem się nie różni od działania ichtyolu, mniej tylko drażni błonę śluzową cewki, wskutek czego wypływ ropny szybciej się zmniejsza, ale sam przetwór nie wystarcza do zupełnego wyleczenia choroby. Zauważyłem natomiast, że gdy po wyleczeniu rzeżączki zostanie jeszcze nieżyt porzeżączkowy, objawiający się tylko skąpemi, śluzowemi nitkami w zupełnie przejrzystym moczu, zastosowany wtedy tigenol w krótkim stosunkowo czasie stan ten albo zupełnie usuwa, albo co najmniej znacznie łagodzi. Tu spostrzeżenia moje zupełnie są zgodne ze spostrzeżeniami Jaqueta, że tak 2%, jak i 5% rozczyny tigenolu działają w tych wypadkach zupełnie analogicznie. W dwóch przypadkach stosowania 50% rozczynu tigenolu z wodą lub z gliceryną w rzeżączce pochwy nie widziałem żadnych szczególnie dobrych wyników; natomiast w jednym przypadku ostrej rzeżączki pochwy i głębokich nadżerek, zajmujących całą niemal część pochwową macicy, po 8 dniach stosowania tego rozczynu nietylko nadżerki zupełnie się pokryły, ale nadto wydzielina znakomicie się zmniejszyła. Chora przed wyleczeniem się zmuszoną była wyjechać, nie mogłem więc w dalszym ciągu stosować u niej tego przetworu.

Streszczając teraz wszystkie moje spostrzeżenia, które niewątpliwie byłyby bogatsze, gdyby chorzy ambulatoryjni chcieli się systematyczniej zgłaszać do kliniki aż do zupełnego wyleczenia i gdyby można było mieć rękojmię, że ściśle przestrzegają zaleceń lekarza, mogę powiedzieć z pewnem przeświadczeniem, że w tigenolu posiadamy środek, który w leczeniu chorób skórnych, a zwłaszcza wyprysku i stanów chorobowych łojotokiem spowodowanych, znakomite usługi oddać może lekarzowi i stałe w dermatoterapii

wyrobi sobie miejsce. Jego stosunkowo niewysoka cena, która w miarę częstszego używania leku spadnie jeszcze bardziej, umożliwia stosowanie go w praktyce u ludzi ubogich i w kasach chorych, a wygoda w kombinowaniu go z rozmaitymi innymi przetworami, jak również fakt, że nie niszczy bielizny, czynią go bardzo w użyciu dogodnym.

Piśmiennictwo: Prof. Dr. A. Jaquet: Thigenol „Roche“, ein neues Schwefelpreparat und seine klinische Prüfung — Basel 1902. Dr. Edmund Saalfeld: über Thigenol — Therapeutische Monatshefte XVII Jhg., April 1903. Dr. James Silberstein: Das Thigenol als Ersatzmittel des Ichthyol — Aerztliche Central-Zeitung XV Jhg. 1903. Nr. 3. Dr. Hönigschmied: Dermatotherapeutische Erfahrungen mit Thigenol „Roche“ — Wiener medicinische Presse 1903, Nr. 37. Dr. Alfred Egon Neumann: Über die Anwendung des Thigenols bei Frauenleiden — Deutsche Aerzte-Zeitung 1903, Heft 19. Dr. Edmund Falk: Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe — Therapeutische Monatshefte 1903, October.

• • •

III. Z pracowni fizyologicznej Szpitala wojskowego w Moskwie.

Przyczynek do farmakologii pilokarpiny.

Podał

Dr. Leon Popielski

docent fizyologii.

(Ciąg dalszy).

II. Gruczoły żołądkowe.

Wszystkie wyżej przytoczone doświadczenia, z wyjątkiem ostatnich dwóch, wykonane zostały przezemnie w r. 1899. Wychodząc z faktu, że pilokarpina wywołuje wydzielinę soku trzustkowego tylko przy obecności bodźca, istniejącego nazewnątrz trzustki, w doniesieniu tymczasowem z roku 1901 („Przegląd lekarski“) wypowiedziałem zapatrywanie, że pilokarpina podnosi pobudliwość zakończeń obwodowych nerwów wydzielniczych. Obecnie jednak na zasadzie najnowszych swoich doświadczeń, wykonanych w r. 1903, prościej można wyjaśnić przyczynę wydzielania się soku trzustkowego pod wpływem pilokarpiny, wydzielania, spostrzeganego tylko w wyjątkowych doświadczeniach i przy ściśle określonych wskazanych wyżej warunkach.

Obecnie przechodzę do opisu tych doświadczeń, których głównym celem było wyjaśnić, w jaki sposób działa pilokarpina na gruczoły żołądkowe. Pomimo bardzo licznych badań, kwestya, czy pilokarpina wywołuje wydzielanie soku żołądkowego, dotąd pozostała nierozstrzygniętą. Jedni badacze utrzymują, że pilokarpina zupełnie nie działa na gruczoły żołądkowe, inni zaś są tego zdania, że pilokarpina działa na gruczoły żołądkowe w taki sam sposób, jak na gruczoły ślinne i potowe. Wobec tak sprzecznych zdań postanowiłem wykonać doświadczenie na psach z przewlekłą przetoką żołądkową. Ponieważ pilokarpina wywołuje bardzo energiczną wydzielinę śliny, którą zwierzę w znacznej ilości połyka, to dla uniknięcia domieszki śliny, wykonywałem jeszcze ezofagotomię na szyi; przez otwór w przełyku ślina wydzielała się na zewnątrz, nie dochodząc do żołądka.

Trudności doświadczeń nad gruczołami żołądkowymi powiększają się wobec tej okoliczności, że sok żołądkowy tak zwany „pierwotny“ wydziela się pod wpływem bodźców, pochodzących z ośrodków nerwowych, znajdujących się w mózgu. Bodźce zaś te mogą powstawać pod wpływem wrażeń zmysłowych, jak zapach, widok potrawy i t. d.; wreszcie pod wpływem wrażeń, powstających w korze mózgowej zwierzęcia wskutek przypomnienia o pokarmie.

Z tym więc pierwotnym sokiem należy się liczyć przy doświadczeniach z pilokarpiną; uniknąć go można, wybierając do doświadczeń zwierzęta, które słabo oddziaływają na widok i zapach pokarmu; wreszcie należy przystępować do doświadczeń wtenczas, kiedy z przetoki żołądkowej wydzielać się będzie jeden tylko płyn alkaliczny. Tego momentu nie zawsze można się doczekać. Oprócz tego na gruczoły żołądkowe mogą wywierać wpływ bodźce drogą odruchową, powstające w błonie śluzowej przewodu pokarmowego, nieraz w znacznej odległości od żołądka. Nadto należy mieć na względzie, że wydzielający się podczas przebiegu doświadczenia płyn z przetoki żołądkowej, nie może być uważany bez szczegółowego badania za sok żołądkowy. Oprócz wydzieliny z gruczołów samego żołądka może do niego dostawać się płyn z kiszek i być siłą ruchu robaczkowego kiszek wydalonym na zewnątrz przez przetokę żołądkową. Sam więc fakt wydzielania się płynu z przetoki żołądkowej nie może wskazywać, że pilokarpina pobudza do czynności gruczoły żołądkowe. Wniosek odpowiedni może być wyprowadzony dopiero po zbadaniu otrzymanego płynu.

Po tych wstępnych słowach przechodzę do szczegółowego opisu swoich doświadczeń. Wszystkie doświadczenia wykonałem na psach z przewlekłą przetoką żołądkową i ezofagotomią (oprócz dośw. nr. 3, w którem psa nie poddano ezofagotomii). Dla uniknięcia soku „pierwotnego“, brałem do doświadczeń psy słabo oddziaływujące na widok pokarmu, i umieszczałem zwierzęta w takim pokoju, w którym nigdy ich nie karmiono. Dla uniknięcia soku żołądkowego, mogącego się wydzielać odruchowo pod wpływem bodźców, powstających w rozmaitych częściach błony śluzowej przewodu pokarmowego, zwierzę karmiłem w przeddzień na 16—18 godzin przed doświadczeniem. Przy zastosowaniu wymienionych ostrożności, w większości przypadków zaczynałem doświadczenie przy idealnych rzec można warunkach; a mianowicie z przetoki żołądkowej nie wydzielał się zupełnie płyn, albo w nieznacznej ilości, oddziaływania alkalicznego. Wyznać należy, że nie zawsze można się było doczekać odczynu alkalicznego płynu, wydzielającego sie z przetoki. W kilku (2-ch) doświadczeniach oddziaływanie pozostawało kwaśne i z przetoki wydzielał się sok żołądkowy, choć, co prawda, w niewielkiej ilości. W podobnych doświadczeniach oczywiście nie można było przypisywać działaniu pilokarpiny pojawienia się płynu o oddziaływaniu kwaśnem, zwłaszcza, jeżeli płyn kwaśny wydzielał się tylko w pewnych okresach doświadczenia, w ilości bardzo nieznacznej i o nizkiej kwasocie. Nizka kwasota wskazywała na domieszkę do soku żołądkowego płynu, powstającego w żołądku, lub przedostającego się do niego z kiszek o odczynie alkalicznym, który zobojętniał prawidłową kwasotę soku żołądkowego $= 0{,}45\%—0{,}50\%$ HCl. Natomiast wydzielanie się soku żołądkowego przed doświadczeniem było poniekąd warunkiem, sprzyjającym dla pobudzającego działania pilokarpiny na gruczoły żołądkowe. Jeżeli pilokarpina rzeczywiście pobudza do czynności te gruczoły, w takim razie w tego rodzaju doświadczeniach powinniśmy otrzymać na samym początku znaczne zwiększenie się wydzieliny soku

[1]) Nizka kwasota mogła zależeć i od obecności w wydzielinie mucyny, która jak wiadomo, oddziaływa kwaśno.

żołądkowego, który powinien wydzielać się stale bez żadnych przerw. Dlatego, aby o ile możności dokładniej oryentować się co do charakteru wydzielającego się z przetoki płynu, zwracałem uwagę na jego własności: 1) chemiczne, 2) fizyologiczne i 3) fizyczne. — 1) Badanie chemiczne skierowałem do stwierdzenia odczynu, który podczas samego przebiegu doświadczenia oznaczałem za pomocą papierków lakmusowych, po ukończeniu zaś doświadczenia sposobem miareczkowym. Zasadowość określałem według metody Limbecka. Oznaczanie zasadowości według tej metody polega na następującem postępowaniu: do 200 ctm.^{3} wody gorącej dolewa się 5 ctm.^{3} $^1/_{10}$ normalnego rozczynu H_2SO_4, a następnie kroplami wpuszcza się badany płyn w ilości 5 ctm.^{3}. Za pomocą miareczkowania $^1/_{10}$ normalnego rozczynu NaHO określamy, jaka ilość H_2SO_4 została zobojętnioną przez badany płyn, zasadowość którego już łatwo obliczyć w $^0/_0$ NaHO. Metoda ta, może najściślejsza ze stosowanych przy określaniu zasadowości w płynach białkowatych, nie może być jednak uważaną za dokładną. Jedną z przyczyn tej niedokładności jest niemożność ścisłego oznaczenia końca odczynu. W charakterze wskaźnika używałem rozczynu lakmoidu z zieleni malachitowej w 95$^0/_0$ spirytusie. 2) We wszystkich prawie doświadczeniach starałem się określić fizyologiczne własności otrzymanego płynu, a mianowicie określałem jego własności trawiące białko i skrobię. 3) Oprócz tego zwracałem uwagę na cechy fizyczne, a mianowicie na gęstość, przezroczystość, zabarwienie, zapach. Wszystkie te dane mają bardzo ważne znaczenie przy rozstrzyganiu pytania, jakiego rodzaju płyn wydziela się z przetoki żołądkowej pod wpływem pilokarpiny.

Doświadczenie 1. 25/II. 1903. Pies Nr. 1-szy, wagi 11400,0 z przewlekłą przetoką żołądkową i ezofagotomią. Ostatni raz był karmiony w przeddzień doświadczenia o g. 6-tej wieczorem: zjadł 100,0 mięsa, 100,0 chleba i 1000,0 bulionu.

O g. 10—10′ rano przystąpiłem do zbierania wydzieliny żołądkowej.
Do g. 11—10′ zebrano zaledwie kilka kropel płynu o odczynie alkalicznym.
Od g. 11—10′ do 11—45′ wstawiłem koniukę do prawej żyły podskórnej odgoleniowej, poczem znowu ułożyłem psa do zbierania soku.
Od g. 11—45′ do 12—00 zebrano 2 ctm.^{3} kwaśnego płynu
„ 12—00′ „ 12—15′ „ $^1/_2$ „ „ „
„ 12—00′ „ 12—30′ „ $^1/_2$ „ „ „
„ 12—30′ „ 12—45′ zebrano mniej niż $^1/_4$ ctm.^{3} kwaśnego płynu.
O g. 12—46′ wprowadziłem do żyły podskórnej odgoleniowej prawej 2,0 ctm.^{3} chlorku pilokarpiny 1$^0/_0$, t. j. 0,02.
Wydzielinę zbieram do słoja i zapisuję podziałkę, odwiadającą górnemu poziomowi płynu.
O g. 12—47′ ślina wydziela się obficie.
„ 12—49 „ „ 6 ctm.^{3} Pies dostaje uporczywych nudności. Z przetoki żołądkowej wydzielił się odrazu płyn śluzowy, ciągnący się, zupełnie bezbarwny i przezroczysty o odczynie alkalicznym, 6 ctm.^{3}
Od g. 12—50′ do 12—51′ pies oddaje mocz i ciągle ulega mocnym nudnościom.
O g. 12—52′ nudności ustały. Z przetoki wydziela się gęsty śluz w postaci grubego sznurka, zapełniającego światło szklanej rurki, wstawionej do przetoki.
„ 12—54′ 17 ctm.^{3} Płyn z przetoki wodnisty i bezbarwny.
„ 12—55′ 19 ctm.^{3} Pokazała się żółć w niewielkiej ilości i wydziela się z przerwami.
„ 12—56′ 24 ctm.^{3} Żółci nie widać.
„ 12—57′ 26 ctm.^{3} Wydziela się gęsty śluz, przezroczysty i bezbarwny.
„ 12—59′ 28 „ „ „ „ „ „ „
„ 1—00′ 30 „ „ „ „ „ „ „
„ 1—01′ 31 „ Pies oddaje obficie kał twardy, pokryty śluzem ze strony zewnętrznej. Śliny wydziela się mniej. Nudności niewielkie; z przetoki wydziela się płyn kroplami bezbarwny, trochę mętny, alkaliczny. Pies — wesoły.
O g. 1—02′ 38 ctm.^{3}
„ 1—03′ 39 „ Pies oddaje kał. Z przetoki wydziela się śluz.
„ 1—04′ 40 „ Pies oddaje mocz. Z nozdrzy wydziela się gęsty śluz. Pies oddycha ciężko.
„ 1—05′ 45 ctm.^{3}
„ 1—06′ 47 „
„ 1—07′ 48 „
„ 1—08′ 54 „ Pies oddaje kał gęsty, pokryty śluzem.
„ 1—10′ 57 „ Wydziela się żółć odrazu i dość obficie.
„ 1—12′ 63 „ Kał płynny; z przetoki wydziela się płyn wodnisty, zabarwiony na żółto, oddziaływa alkalicznie. Pies znowu oddaje kał płynny.
„ 1—15′ 68 ctm.^{3} Pies obficie oddaje mocz.
„ 1—16′ Kał płynny.
„ 1—17′ 75 ctm.^{3} Z przetoki wydziela się płyn słabo zabarwiony na żółto, albo też zupełnie bezbarwny, przezroczysty, odczynu alkalicznego.
„ 1—21′ 82 ctm.^{3} Z przetoki wydziela się płyn wodnisty, bezbarwny, przezroczysty.
„ 1—23′ 2,5 ctm.^{3} który zaczęto zbierać do oddzielnego słoja.
„ 1—25′ 4,0 ctm.^{3} Z przetoki wydziela się płyn wodnisty, bezbarwny, alkaliczny. Ślina wydziela się bez przerwy.
„ 1—26′ 7,0 ctm.^{3}
„ 1—28′ 10 ctm.^{3}
„ 1—30′ 14 ctm.^{3} Wydziela się żółć, początkowo z domieszką niewielką śluzu, a następnie wodnista. Żółty płyn zbiera się do oddzielnego słoja.
„ 1—32′ 8,0 ctm.^{3}
„ 1—34 Wydziela się znowu bezbarwny płyn.
„ 1—35′ 14 ctm.^{3} Płyn żółto zabarwiony.
„ 1—37′ 21 ctm.^{3} Wydziela się płyn żółty, wodnisty.
„ 1—40′ 23 ctm.^{3} Wydziela się płyn bezbarwny, wodnisty, przezroczysty, alkaliczny.
„ 1—45′ 31 ctm.^{3} Wydziela się płyn bezbarwny, wodnisty, przezroczysty, alkaliczny.
„ 1—47′ Wydziela się żółć.
„ 1—50′ 37 ctm.^{3} Wydziela się płyn przezroczysty, bezbarwny, alkaliczny.
„ 1—55′ 42 ctm.^{3} Wydziela się płyn przezroczysty, bezbarwny, alkaliczny.
„ 2—00′ 44 ctm.^{3} Znowu pokazała się żółć.
„ 2—05′ 54 ctm.^{3} Wydziela się płyn wodnisty, żółtawy.
„ 2—10′ 56 ctm.^{3} Wydziela się płyn wodnisty, na żółto zabarwiony.
„ 2—15′ 58 ctm.^{3} Wydziela się płyn wodnisty, na żółto zabarwiony.

Doświadczenie zakończone; wydzielanie znacznie się zmniejszyło.

Przez cały czas (1$^1/_2$ g.) doświadczeń zebrano 163.0 ctm.^{3} wydzieliny z przetoki żołądkowej.

Waga psa przed doświadczeniem 11400,0
„ „ po doświadczeniu 10300,0

Podczas całego przebiegu doświadczenia ani razu nie można było stwierdzić odczynu kwaśnego.

1) Zasadowość płynu zebranego w pierwszej części doświadczenia z zawartością śluzu = 0,6$^0/_0$ NaHO.

2) Zasadowość płynu, zebranego w środku doświadczenia = 0,5$^0/_0$. Płyn był bezbarwny, przezroczysty, z niewielkimi strzępkami.

3) Zasadowość płynu, zebranego w końcu doświadczenia ze znaczną domieszką żółci = 0,6$^0/_0$ NaHO.

Wydzielinę z 1), 2) i 3) części doświadczenia w ilości 5 ctm.^{3} wlałem do wyjałowionych probówek i włożyłem do każdej z nich po kawałku niegotowanej fibryny. Do drugiej połowy wyjałowionych probówek dodałem oprócz wydzieliny, jeszcze po 5 ctm.^{3} 0,4$^0/_0$HCl. Wszystkie probówki wstawiłem

do termostatu. Fibryna w probówkach bez HCl rozpuściła się po 2 godzinach; w probówkach z HCl po 10 godzinach fibryna nie rozpuściła się wcale, a mocno napęczniała. Oprócz tego z każdym rodzajem wydzieliny przerobiłem n stępujące doświadczenie: Przygotowałem 2 szeregi probówek z przegotowaną skrobią: do jednego szeregu dolewałem wydzieliny nieprzegotowanej, a do drugiego przegotowanej. Wszystkie probówki umieściłem w termostacie. Po 1 godzinie zawartość probówek z niegotowaną wydzieliną całkowicie przechodziła przez filtr w krótkim czasie i w filtracie z łatwością można było wykryć cukier gronowy. Treść probówek z gotowaną wydzieliną zupełnie nie przechodziła przez filtr.

Doświadczenia te wykazują, że wydzielina, otrzymana z przetoki żołądkowej pod wpływem pilokarpiny, zawiera 1) ferment białkowy, działający tylko w środowisku alkalicznem i 2) ferment skrobiowy.

Doświadczenie 2. 6/III. 1903. Pies ten sam, co i w doświadczeniu 1. Waga psa = 11200,0. Żołądek dokładnie przepłókano ciepłą wodą.

Od g. 10—00 do 11—45′ wydzieliło się 0,5 ctm.³ płynu śluzowatego alkalicznego.
„ 11—15′ „ 11—15′ wydzieliło się 1,0 ctm.³ tak tegoż płynu.
„ 11—15′ „ 11—30′ nie było żadnej wydzieliny.
„ 11—30′ „ 11—45′ „ „ „ „
„ 11—45′ „ 12—00′ Widać nieznaczną ilość ciągnącego się bezbarwnego płynu alkalicznego.
O g. 12—00′ Wprowadziłem do żyły podskórnej odgoleniowej prawej 2 ctm.³ chlorku pilokarpiny 1%, t. j. 0.02. Natychmiast prawie pokazał się obficie śluz i łzy.
„ 12—01′ Pies oddaje mocz. Wymioty i nudności.
„ 12—03′ Z przetoki żołądkowej nie pokazuje się wcale wydzielina.
„ 12—05′ Z przetoki żołądkowej pokazuje się gęsty, nitkowato ciągnący się śluz alkaliczny.
„ 12—07′ Pies oddaje kał twardy, z wierzchu pokryty śluzem Z przetoki powoli powoli wydziela się śluz.
„ 12—08′ Z przetoki wydziela się bardzo gęsty płyn, bezbarwny przezroczysty, alkaliczny.
„ 12—10′ Wydzielina taka sama. Od g. 12—00 do 12—10′ zebrano 24 ctm.
„ 12—11′ Wystąpił odrazu w znacznej ilości płyn wodnisty, przezroczysty, bezbarwny, alkaliczny.
„ 12—12′ Znowu wydzielina więcej gęsta, śluzowata. Nudności.
„ 12—14′ Wydzielina więcej wodnista, alkaliczna. Od g. 12—10′ do 12—15 zebrano 14 ctm.³
„ 12—16′ Wydziela się raz gęsty, to znowu nieco rozrzedzony płyn i zawsze odrazu w znaczniejszej ilości.
„ 12—17 Pies oddaje mocz i kał nieco rozrzedzony.
„ 12—20′ Wydzielina alkaliczna raz mniej gęsta, raz więcej. Od g. 12—15′ do 12—20′ zebrano 15 ctm.³
„ 12—21′ Kał początkowo dość gęsty, następnie zupełnie rzadki.
„ 12—22′ Z przetoki wydziela się płyn wodnisty, przezroczysty, bezbarwny, alkaliczny.
„ 12—23′ Taki sam płyn.
„ 12—25′ „ „ „ Od g. 12—20′ zebrano 14 ctm.³
„ 12—30′ Wydzielina bardzo nieznaczna. Od g. 12—25′ zebrano 5 ctm.³
„ 12—35′ Zebrano 16 ctm.³ wodnistego alkalicznego płynu.
„ 12—40′ „ 5 „ „ „ „
„ 12—41′ Pokazała się w niewielkiej ilości wydzielina na żółto zabarwiona.
„ 12—44′ Pies oddaje kał rzadki.
„ 12—56′ Od 12—41′ do 12—56′ zebrano płynu żółtawego 15 ctm.³
„ 12—57′ Płyn bezbarwny, przezroczysty.
„ 1—00′ Wydzieliny prawie żadnej niema.
„ 1—05′ Wydzieliny niema.
„ 1—10′ „ „
„ 1—15′ „ „ Od g. 12—56′ do 1—15′ zebrano 70 ctm.³

Waga psa przed doświadczeniem = 11200.0.
„ „ po doświadczeniu = 10200,0.
1) Zasadowość płynu, zebranego w 1-ej części doświadczenia = 0,55%
2) „ „ „ w 2-ej „ „ = 0,55%
3) „ „ „ w 3-ej „ „ = 0.50%
4) „ „ „ w 4-ej „ „ = 0,45%
5) „ „ „ w 5-ej ostatniej „ = 0,40%

Fibryna w każdym z tych płynów rozpuszcza się z łatwością; gotowana skrobia zamienia się w cukier gronowy. Po przegotowaniu każdy z płynów traci swoje własności trawiące.

Doświadczenie 3. 18/III. 1903. Pies Nr. 2 wagi 10000.0 tylko z przetoką żołądkową, bez ezofagotomii.

Doświadczenie rozpoczęto o g. 12 m. 10.

Do g. 12—40′ z przetoki wydzieliło się 4 ctm.³ płynu alkalicznego z pianą (ślną).
Od g. 12—40′ do g. 1—10′ = 4 ctm.³ takiegoż płynu.
„ 1—10′ „ 1—32′ około 2 ctm.³ takiegoż płynu.
O g. 1—32′ wprowadzono pod skórę 2½ ctm.³ chlorku pilokarpiny 1%.
„ 1—35′ Pies zaczął się oblizywać.
„ 1—39′ Z przetoki pokazał się gęsty śluz alkaliczny.
„ 1—40′ Obficie wydziela się śluz.
„ 1—41′ Pokazała się z przetoki żółć.
„ 1—44′ Razem z żółcią pokazał się płyn z pianą.
„ 1—45′ Wymioty i nudności.
„ 1—46′ Wymioty.
„ 1—48′ Z przetoki wydziela się żółty płyn wodnisty, alkaliczny.
„ 1—50′ Wymioty i nudności.
„ 2—08′ Z przetoki wydziela się płyn wodnisty, bezbarwny.
„ 2—10′ Nudności.
„ 2—29′ Z przetoki żołądkowej pokazał się śluz.
„ 2—30′ Pies oddaje kał początkowo twardy, z wierzchu pokryty śluzem, a następnie rozrzedzony.
„ 2—32′ Pies oddaje kał rzadki.
„ 3—02′ Obficie wydziela się mocz.

Przez cały czas doświadczenia zebrano 140 ctm.³ do 5-ciu oddzielnych szklaneczek. Zasadowość okazała się:

w szklaneczce 1-ej = 0,45%
„ „ 2-ej = 0,57 „
„ „ 3-ej = 0,55 „
„ „ 4-ej = 0,59 „
„ „ 5-ej = 0,59 „

Płyn z każdej szklaneczki 1) rozpuszczał fibrynę, lecz białko kurze gotowane trawił tylko w bardzo słabym stopniu; 2) zamieniał skrobię na cukier gronowy. Po dodaniu kwasu solnego ani fibryna, ani białko kurze nie trawiły się zupełnie.

Doświadczenie 4. 8/V. 1903. Pies Nr. 2 wagi 9900.0 z przetoką żołądkową i ezofagotomią. Przewód Wirsungiusza podwiązany.

Ostatni raz karmiony dnia poprzedniego o g. 6-ej wieczorem. Żołądek, jak zwykle, dokładnie przepłókano czystą wodą. Z przetoki żołądkowej od g. 10½ do 11½ wydzieliło się około 2 ctm.³ alkalicznego płynu.

O g. 11—35′ wstrzyknięto pod skórę 2,2 ctm.³ 1% chlorku pilokarpiny.
„ 11—39′ Pokazała się ślina i łzy.
„ 11—40′ Z nosa kapie częstemi kroplami płyn przezroczysty, wodnisty, bezbarwny.
„ 11—45′ Z przetoki żołądkowej pokazał się gęsty, przezroczysty, szklisty, alkaliczny płyn, wydzielający się powoli.
„ 11—46′ Wymioty.
„ 11—47′ Pies oddaje mocz.
„ 11—51′ Z przetoki od razu wylało się dużo żółtego płynu alkalicznego.
„ 11—35′ Z przetoki wydziela się śluz.
„ 11—55′ Pies oddaje kał twardy, pokryty śluzem.
„ 12—00′ „ „ „ rozrzedzony.
„ 12—05′ Z przetoki wydziela się śluz alkaliczny.
„ 12—16′ Z przetoki wydziela się płyn wodnisty, przezroczysty, alkaliczny, nieco zabarwiony na żółto.
„ 12—20′ Wymioty.
„ 12—28′ Pies oddaje kał rzadki.

0 g. 12—40′ Z przetoki wydziela się płyn alkaliczny, wodnisty.
„ 12—55′ „ „ niewiele płynu śluzowatego.

Przez czas doświadczenia zebrano 36 ctm.^{3} płynu z przetoki żołądkowej do 8-iu szklaneczek.

Zasadowość	płynu	w szklaneczce	1-ej . . .	= 0,50%
„	„	„	2-ej . . .	= 0,25%
„	„	„	3-ej . . .	= 0,44%
„	„	„	4-ej . . .	= 0,45%
„	„	„	5-ej . . .	= 0,50%
„	„	„	6-ej . . .	= 0,47%
„	„	„	7-ej . . .	= 0,47%
„	„	„	8-ej . . .	= 0,47%

Doświadczenie 5. 30/IV. 1903. Pies Nr. 2 z przewlekłą przetoką żołądkową i ezofagotomią. Waga = 10 000. Przewód Wirsungiusza podwiązany.

Nie będę przytaczać szczegółów tego doświadczenia, by nie powtarzać tego, co już było powiedziane przy innych doświadczeniach. Wprowadzono pod skórę 1% chlorku pilokarpiny $2^1/_2$ ctm. Jak zwykle początkowo zaczęła się wydzielać ślina i łzy. Wymioty i nudności, oddawanie kału i moczu miały miejsce, jak i w innych doświadczeniach. Tu zauważyć należy, że przed doświadczeniem z przetoki żołądkowej wydzielał się sok żołądkowy w ilości 8 ctm.^{3} na $1^1/_2$ godziny.

Po wstrzyknięciu pilokarpiny zebrano 61,2 ctm.^{3} wydzieliny w ciągu 2-ch godzin do 8 szklaneczek:

kwasota	płynu	w szklaneczce	1-ej i 2-ej	= 0,25%
zasadowość	„	„	3-ej	= 0,26%
„	„	„	4-ej	= 0,20%
kwasota	„	„	5-ej	= 0,06%
zasadowość	„	„	6-ej	= 0,26%
kwasota	„	„	7-ej	= 0,26%
„	„	„	8-ej	= 0,26%

Z 61,2 ctm.^{3} zebranej wydzieliny okazało się płynu kwaśnego 23,2 ctm.^{3}, z których

2,7 ctm.^{3} o kwasocie . . . . . = 0,25% H Cl.
10,0 „ „ . . . . . = 0,26% H Cl.
10,5 „ „ . . . . . = 0,26% H Cl

Sprawdzając kwasotę do 0,26% we wszystkich płynach, okazuje się, że wydzieliny o kwasocie 0,26% zebraliśmy = 2,7 + 10,5 + + 2,0 = 15,2 ctm.^{3}, albo o kwasocie = 0,47% H Cl. soku żołądkowego, zebranego przed wstrzyknięciem pilokarpiny = 8,4 ctm^3.

Ilość 8,4 ctm.^{3} nie może jednak być miarą w rzeczywistości wydzielonego soku żołądkowego, albowiem ten ostatni nie rozprowadzał się obojętnym płynem, a neutralizował się płynem niewiadomej nam ściśle alkaliczności. Jeżeli przypuścić, że alkaliczność 0,26% była średnią alkalicznością, zobojętniającą w naszem doświadczeniu sok żołądkowy, to za pomocą prostego obliczenia łatwo się przekonać, że ilość soku żołądkowego o kwasocie 0,47%, wydzielonego w naszem doświadczeniu = 15,2 ctm.^{3} w ciągu 2 godzin doświadczenia.

Doświadczenie 6. Pies Nr 1 z przetoką żołądkową i ezofagotomią. Waga 11000,0. Przed doświadczeniem wydzielał się sok żołądkowy o kwasocie 0,47% H Cl. Wprowadzono pod skórę = 3 ctm.^{3} 1% chlorku pilokarpiny.

Nie będę przytaczać wszystkich szczegółów w przebiegu doświadczenia, gdyż znane są one z poprzednich doświadczeń. Wspomnę tylko, że wydzielały się obficie: ślina, łzy, mocz i kał, jak i w poprzednich doświadczeniach, z przetoki żołądkowej wypływał czasami płyn kwaśny, który, o ile możności, zbierałem do oddzielnych szklaneczek. Za dwie godziny doświadczania zebrałem 176 ctm.^{3} płynu, z którego 45 ctm.^{3} o oddziaływaniu kwaśnem i 131 ctm.^{3} o oddziaływaniu alkalicznem. Płynu zebrano:

o kwasocie = 0,036% . . . . . 28 ctm.^{3}
„ = 0,06% . . . . . 17 „

Sprowadzając kwasotę otrzymanego płynu do stopnia = 0,47% HCl, otrzymamy 4,34 ctm^3. Zasadowość alkalicznego płynu wahała się między 0,16% a 0,25% NaHO. Przypuszczając, że sok żołądkowy, wydzielający się w naszem doświadczeniu, zobojętniał się alkalicznym płynem o zasadowości = 0,25% Na HO, otrzymamy ilość soku żołądkowego o kwasocie = 0,47%, wydzielonego w danem doświadczeniu = 8,13 ctm^3.

Płyn kwaśny, zebrany o ile możności bez domieszki innych płynów, posiadał nadzwyczaj słabe własności trawiące kurze białko, które w alkalicznym płynie znacznie prędzej się trawiło.

Fibryna rozpuszczała się w płynie kwaśnym i alkalicznym, jednak daleko prędzej w alkalicznym. (D. c. n.).

IV. Wyciągi.

V. Bardeleben. **Istota i wartość szybkiego mechanicznego rozszerzania macicy zapomocą narzędzi.** (*Archiv für Gyn.* Tom 70, Zeszyt 1, 1903). Omówiwszy istotę i różnicę między fizyologicznem, a sztucznem rozwarciem ujścia macicy, dalej technikę postępowania z t. zw. rozszerzaczami, zachowanie się ujścia macicy podczas i po rozszerzeniu, podaje autor swoje wyniki: w żadnym przypadku, nawet wśród najkorzystniejszych warunków, ujście macicy po użyciu rozszerzadeł, nie było zupełnie rozwarte; bardzo rzadko tylko obeszło się bez skaleczeń szyjki, ujście macicy okazywało nawet po powtórnem rozszerzeniu wybitną dążność do ściągania się, szczególnie tam, gdzie nie było naddarć; zaciągania się tego ujścia nie zauważono tylko tam, gdzie przyszło do głębokich pęknięć, lub daleko idących zmiażdżeń tkanki. Podczas wyciągania płodu przy niedostatecznie rozszerzonem zbitem ujściem naddarcia świeże lub już istniejące znacznie się powiększają. Tam, gdzie naddarcia lub zmiażdżenia nie wystarczały do zniesienia kurczliwości ujścia, może przyjść do spastycznego zaciągnięcia się ujścia, które nie przepuści główki poprzedzającej, lub zatrzyma następującą. Dalej omawia autor wskazania i praktyczną wartość t. zw. rozszerzaczy (Bossiego, Frommera, Knappa- Kaisera itp). Bossi podaje następujące wskazania: wzniecenie sztucznego porodu przedwczesnego; drgawki porodowe; łożysko przodujące i wogóle niebezpieczeństwa bezpośrednie, grożące matce, lub płodowi. Ze względu na te wskazania, mimo natychmiastowego użycia rozszerzacza nie udało się autorowi w żadnym z trzech przypadków utrzymać zagrożonego życia płodu, a raz nawet płód padł ofiarą niedostatecznego rozwarcia się ujścia. Skaleczenia matki były w trzech przypadkach bardzo wielkie, a raz nawet stały się przyczyną śmierci. Przeciętnie otrzymano rozszerzenie ujścia do 10 ctm. w ciągu 28′; skurcze macicy, których wzniecenie Bossi przypisuje w tak znacznym stopniu rozszerzaczowi, w kilku przypadkach wogóle nie wystąpiły, a w kilku tylko słabe lub silne, ale nieliczne tak, że rozszerzenie ujścia było przeważnie tylko mechaniczne. Dlatego sądzi autor, że dotychczasowe używanie balonów nieelastycznych tam, gdzie ujście miękkie, jest znacznie korzystniejsze, szczególnie jeżeli idzie o mechaniczne zastosowanie siły. I balonem jesteśmy w stanie rozszerzyć ujście w ciągu 25′, a naddarcia z pewnością rzadziej wystąpią. Jeżeli zaś ujście jest twarde, niepodatne, to tak przy rozszerzaniu przyrządami metalowymi, jak i balonem, musi przyjść do naddarć. Pocóż więc czekać na przypadkowe i nie dające się obliczyć naddarcia, skoro lepiej jest zrobić je nożem lub nożyczkami, a wtedy wiemy przynajmniej, ile, gdzie i w jakim kierunku one przebiegają, nie mówiąc już o tem, że dla sprawy gojenia nie jest zupełnie obojętną rzeczą, czy brzegi naddarć są poszarpane, zmiażdżone, czy gładkie, nożem uskutecznione. Jeszcze wybitniej występują te stosunki, jeżeli idzie o rozszerzenie jeszcze utrzymanej szyjki. Zachodzi więc pytanie, czy jesteśmy wogóle uprawnieni do używania w takich przypadkach przyrządów, o których wiemy prawie na pewno, że użycie ich może mieć następstwa, nie dające się w skutkach obliczyć. Autor woli w takich przypadkach raczej wykonać liczne nacięcia szyjki, a nawet gdzie konieczne, i pochwowe cięcie cesarskie, aniżeli forsować postępowanie, które wprawdzie nie musi, ale może być bardzo niebezpieczne. I przy łożysku przodującem radzi autor unikać rozszerzadeł, a raczej pozostać przy leczeniu dotychczasowem. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Gottschalk. **Przyczynek do pytania o dziedzicznej pierwotnej gruźlicy narządu rodnego u kobiety.** (*Archiv für Gyn.* Tom 70, Zeszyt 1, 1903). Od czasu stwierdzenia, że prątki gruźlicze przechodzą przez łożysko na płód, a Runge wykazał je nawet na błonie doczesnej, można na pewno przyjąć możliwość wrodzonej gruźlicy narządu rodnego. Prawdopodobieństwo jednak pierwotnego i wyłącznego umiejscowienia w tym narządzie jest małe, gdyż gruźlica, o ile została przeniesioną drogą krwi, osadza się także i w innych narządach. W ostatnich czasach jednak badania embryologiczne i bakteryologiczne wykazały, że jest możliwy fakt odziedziczenia pierwotnej gruźlicy wyłącznie tylko w narządzie rodnym, ale nie drogą krążenia. Zauważono mianowicie, że komórki nasienne ludzi gruźliczych, mimo że ich narząd rodny jest zdrowy, mogą zawierać prątki gruźlicze. Nasienie więc

może wprost przy zapłodnieniu odrazu zakazić jajko gruźlicą. Boveri zaś w epokowej swej pracy wykazał, że komórki płciowe nie wytwarzają się, jak dotychczas sądzono, z przybłonka zarodkowego, lecz że one powstają zaraz po zapłodnieniu z jednej z obu pierwszych komórek po podziale zapłodnionego jajka. Ta jedna komórka ma wytwarzać tylko komórki płciowe, podczas gdy druga komórka, powstała z podziału zapłodnionego jaja, wytwarza wszystkie inne narządy i tkanki mającego powstać ustroju. Z tego wynika, że nasieniu zapładniającemu należałoby przypisać wielką rolę w wytworzeniu komórek płciowych, a temsamem możliwem jest prawdopodobieństwo bezpośredniego przeniesienia prątków gruźliczych, zawartych w nasieniu, właśnie tylko na komórki płciowe, a więc na mające się wytworzyć jajniki. W ten sposób uzyskano też ważny kliniczny czynnik wywiadowczy, o ile odtąd w sprawie pierwotnej gruźlicy narządu rodnego kobiecego — obciążenie dziedziczne ze strony ojca zasługuje na uwzględnienie. Rozpoznanie kliniczne zawsze będzie tylko przypuszczalnem, gdyż nigdy na pewno nie można wykluczyć, czy jeszcze gdzieś w ustroju niema jakiegoś ogniska gruźliczego. Jako objawy, na podstawie których można rozpoznawać z wielkiem prawdopodobieństwem, wylicza autor: 1) wystąpienie objawów gruźlicy narządu rodnego dziewicy, obciążonej dziedzicznie ze strony ojca. 2) Niemożność wykazania innych ognisk gruźliczych, nawet przy najdokładniejszej, trwającej lata obserwacyi; w szczególności należy o ile możności na pewno wykluczyć gruźlicę płuc, gruczołów, jelit i kości. 3) Jeżeli przez operacyjne usunięcie całego narządu rodnego osiągnięto stałe wyleczenie. 4) Jeżeli na pewno istniała gruźlica jajników.

W końcu podaje autor historyę choroby jednego przypadku, gdzie na podstawie przytoczonych czterech punktów rozpoznał pierwotną dziedziczną gruźlicę narządu rodnego. Wyjęty narząd rodny okazywał daleko idące zmiany gruźlicze macicy, trąbek i jajników, z typem zstępującym; t. zw. pierwotne ognisko gruźlicze znajdowało się w jajniku, a ztąd choroba przeszła na cały narząd rodny. Za tem przemawia także to, że chora 32-letnia, dziewica, dziedzicznie obciążona ze strony ojca, nigdy nie miesiączkowała, a jajniki wyjęto okazywały zmiany najstarsze, przedstawiały bowiem torbiele, wypełnione masą serowatą, bez śladu tkanki jajnikowej; operowana przed trzema laty, jest zupełnie zdrowa.

Dr. E. Ehrenpreis.

Asch. **Przyczynek do operacyi doszczętnej przy zakażeniu połogowem.** (*Monatschrift für Gyn. und Gyn.* tom 18, zeszyt 3, 1903). Zdaniem autora operacya tylko wtedy może być skuteczną przy zakażeniu połogowem, jeżeli będzie bezwzględnie doszczętną i jeżeli będziemy mieli jasne pojęcie co do wskazania ze względu na rodzaj i drogi zakażenia w każdym przypadku, a także jeżeli i czas dla zabiegu będzie odpowiedni. Zawsze więc, kiedy lekarz postanawia wykonać tę operacyę, powinien wyjąć nietylko macicę, ale podobnie, jak radzi Wertheim przy operacyi raka, także i tkankę przymaciczną, naczynia chłonne, a nawet przydatki. Ze względu na rodzaj zakażenia możemy mieć do czynienia albo z zatruciem ustroju wytworami przemiany materyi drobnoustrojów, albo z zakażeniem samymi drobnoustrojami. W pierwszym przypadku ognisko, z którego jad dostaje się do całego ustroju, leży prawie zawsze w jamie macicy i jest następstwem rozkładu resztek jaja płodowego. Tu można działać ze skutkiem miejscowo i jest czas na wypróbowanie wszystkich możliwych środków i sposobów, zanim się przystąpi do wyjęcia macicy, które więc w tych przypadkach powinno być ostatnią ucieczką lekarza. Naturalnie, że zabieg ten zawsze tu będzie skutecznym, gdyż przez wyjęcie macicy usuwa się źródło wytwarzania się jadu. Inna rzecz w zakażeniu samymi drobnoustrojami: one bowiem nie ograniczają się tylko do macicy, ale stąd różnemi drogami dostają się do całego ustroju, a gdzie osiadają, tam się rozmnażają, zmieniają tkankę i stanowią świeże źródło zatrucia. Jak długo tych drobnoustrojów nie będzie za dużo, tak długo krew ze swą własnością bakteryobójczą może sobie z nimi dać radę; wykonując więc na czas operacyę doszczętną, przychodzimy ustrojowi z pomocą w ciężkiej walce z bakteryami, uniemożliwiamy bowiem dalsze ich wtargnięcie z ogniska pierwotnego (narząd rodny). Krew nie odrazu jest przeładowaną drobnoustrojami: z początku ma nad nimi przewagę; niebezpieczeństwo dla ustroju powstaje dopiero, jeżeli coraz to nowe zastępy bakteryi z narządu rodnego całemi masami dostają się do krwiobiegu. Temu więc zapobiedz jesteśmy w stanie tylko przez wczesne usunięcie całego narządu rodnego. Analogię tego postępowania widzi autor w zakażeniu dwoinkami Neisserowskiemi. Wielokrotnie już zauważono, że rzeżączkowe zajęcie stawów opiera się niekiedy wszelkiemu leczeniu miejscowemu, jak długo nie nastąpi polepszenie stanu w ognisku pierwotnem, t. j. głównie w cewce moczowej, lub wogóle w narządzie rodnym. Wyleczenie, a więc zupełne usunięcie dwoinek z samego ogniska pierwotnego, sprowadza ustanie bólu w stawach, zmniejszenie się obrzęku, a nawet zupełny powrót do stanu prawidłowego — i to bez leczenia miejscowego stawu. Autor zbija zdanie tych, którzy uważają zabieg doszczętny za spóźniony w chwili, gdy drobnoustroje już przeszły granice macicy i rozprószyły się po całym ustroju. Trzema drogami mogą się drobnoustroje rozchodzić z jamy macicy: 1) przez ciągłość (continuitas): *endometritis septica*, *metritis*, *perimetritis*, *pelveoperitonitis;* 2) drogą naczyń chłonnych: (*lymphangoitis)*, tworząc ropnie w tkance przymacicznej i 3) najniebezpieczniejszy rodzaj zakażenia, drogą naczyń krwionośnych (*trombophlebitis*). Przy leczeniu zakażenia, powstałego na podstawie ciągłości utkania, nie trzeba się spieszyć z operacyą; wykonując ją bowiem, niszczymy tem samem wytworzony już może wał ziarninowy, mający dla ustroju tak ważne znaczenie ochronne. Zabieg będzie dopiero wtedy usprawiedliwiony, jeżeli przy bardzo dokładnej obserwacyi choroby nabierzemy przekonania, że drobnoustroje, przebijając się niejako przez te wały, posuwają się ciągle naprzód i że przez to życiu chorej zagraża niebezpieczeństwo, którego ustrój nie będzie więcej w stanie opanować. Ze względu na częste w tych przypadkach zrosty, lepiej jest operować drogą jamy brzusznej — i to o ile możności nie nożem, lecz żegadłem Paquelina; również należy po operacyi założyć sączki. Przy leczeniu zakażenia drogą naczyń chłonnych udaje się nierzadko opanować proces chorobowy przez otworzenie ropni przymacicznych. Jeżeli jednak przez coraz to świeże wzniesienia ciepłoty stanie się wyraźnem, że leczenie zachowawcze nie prowadzi do celu, wówczas znowu zabieg doszczętny wchodzi w swe prawa — i to najlepiej drogą pochwy z następowem sączkowaniem gazą. Najtrudniej jest oznaczyć czas odpowiedni do operowania, wybrać technikę postępowania i wogóle zdecydować się do zabiegu doszczętnego przy leczeniu zakażenia drogą naczyń krwionośnych. W każdym razie nie należy się tu ograniczyć do metody Trendelenburga, polegającej na podwiązaniu i wycięciu zajętych żył, ale i tu koniecznym jest zabieg doszczętny, usuwający źródło zakażenia. Najlepiej operować w tych przypadkach drogą jamy brzusznej. (Na posiedzeniu ginekologów w Wrocławiu, gdzie praca powyższa była przedmiotem bardzo ożywionej dyskusyi, prawie wszyscy obecni zapatrywali się bardzo sceptycznie na wywody Ascha, gdyż nigdy nie jesteśmy w stanie oznaczyć chwili odpowiedniej dla wykonania tak doszczętnego zabiegu. Wogóle zaś możemy coś osiągnąć tylko przez bardzo wczesne wykonanie tego zabiegu, a wtedy z pewnością często wykonamy go niepotrzebnie i narazimy kobietę na utratę całego narządu rodnego; operując zaś później, nieraz nietylko, że nie pomożemy, ale możemy wprost zaszkodzić chorej i przyspieszyć tylko zejście śmiertelne). *Dr. E. Ehrenpreis.*

Lassar. **O próbach zaszczepienia kiły małpom, pokrewnym człowiekowi.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1903, Nr. 52). Już przed kilkunastu laty próbował Lassar przeszczepić kiłę z ludzi na zwierzęta, jednakże bez skutku. Pozostawało mu jeszcze podjąć próby na małpach, najbliższych człowiekowi: szympansie, orangutangu i gorylu, jednak o odpowiednie zwierzęta dłuższy czas napróżno się starał. Zwierzęta te bowiem w naszym klimacie bardzo szybko giną. Dostawszy wreszcie szympansa, zachęcony wynikami Miecznikowa i Roux, zaszczepił Lassar to zwierzę z zachowaniem wszelkich koniecznych ostrożności w kilkunastu miejscach naraz cząstkami tkanki kiłowej z osobnika młodego, nie leczonego. Ranki po szczepieniu szybko się zgoiły. W 14 dni później pojawiły się w dwóch miejscach na czole, gdzie poprzednio szczepiono, pierwsze zmiany, które zwolna stały się zupełnie podobne do pierwotnej zmiany kiłowej, spotykanej u ludzi. W 6 tygodni po szczepieniu wystąpiły na skórze zmiany, niczem się nie różniące od osutki kiłowej u ludzi. Także i podjęte nieco później badanie histologiczne wywołanej przez zaszczepienie zmiany pierwotnej wykryło wielkie podobieństwo obrazu histologicznego do obrazu zmiany pierwotnej naturalnej u człowieka. Lassar szczepił jeszcze cząstki tkanki kiłowej z człowieka na prącie orangutana, u którego również po niejakim czasie zaczęła rozwijać się zmiana, podobna do zmiany pierwotnej u człowieka. O wynikach swych doświadczeń wyraża się jednak Lassar bardzo ostrożnie, ponieważ liczba ich jest zbyt mała, aby wolno z nich już wysnuwać szersze wnioski. Jeżeli wywołane u małp zmiany są rzeczywiście kiłą, to w każdym razie znacznie łagodniejszą, niż kiła ludzka. Konieczne są dalsze, liczniejsze doświadczenia, przedewszystkiem zaś trzeba starać się przeszczepić domniemaną kiłę małp znowu na małpy. Do pracy swej dołączył Lassar fotografie zmian, powstałych u zaszczepionych kiłą małp. *C.*

Sorgo. **W sprawie wykrycia prątków gruźliczych w plwocinie.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1903, Nr. 52) Rozmaitym, dotąd podanym sposobom chwytania prątków gruźliczych z plwociny w osadzie przez dodawanie różnych środków, two-

rzących w plwocinie strąt, zarzuca Sorgo, że wywołują one strąt zbyt obfity, w którym trudno potem odszukać prątki, jeżeli były nieliczne, i że niektóre z tych sposobów, podnosząc ciężar właściwy badanego płynu, utrudniają stosunkowo lżejszym prątkom gromadzenie się w osadzie. Sorgo obmyślił więc nowy sposób wyławiania nielicznych prątków z plwociny, a to zapomocą wody utlenionej. Po jej dodaniu plwocina silnie się pieni: zależnie od jakości plwociny piana jest albo gęsta i zbita, a wtedy prątki gromadzą się przeważnie w pianie, albo też piana jest rzadsza, a wtedy prątki prawie wszystkie pozostają w niespienionej, płynnej części badanej plwociny. Na tej podstawie zaleca Sorgo postępowanie następujące: Do kilku grudek plwociny, zawierających razem około 5—7 ctm. sześc., dolewa się około 15 c. sz. wody destylowanej i mieszaninę tę kłóci się silnie przez pól do 1 min. w kolbce Erlenmeyera. Potem dolewa się 5 c. sz. wody utlenionej. Jeżeli wytworzy się piana niezbyt obfita i rzadka, dolewa się zwolna po ścianie naczynia około 5 c. sz. wyskoku, przyczem piana się rozpuszcza: jeżeli zaś piana była gęsta, to płyn odlewa się, a pozostałą pianę rozpuszcza się naprzód przez silne wstrząsanie zakorkowanego naczynia, a do reszty przez dolanie 10—15 c. sz. wyskoku. Potem ciecz z kolbki centryfuguje się dwukrotnie, badając dopiero d r u g i, t. j. po drugiem, z dodatkiem przeźroczystej wody wapiennej podjętem centryfugowaniu, powstały osad. *C.*

Königstein. **O aglutynującej własności żółci i surowicy w żółtaczce.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1903, Nr. 35). Autor robił próby z żółcią, wziętą z 21 osobników, zmarłych na rozmaite choroby, co do jej siły aglutynacyjnej wobec prątków durowych. W żadnej z tych prób nie znalazł odczynu dodatniego. W dwóch przypadkach, gdzie żółć była szczególniej gęstą, pokazał się po dwóch, względnie po 24 godzinach odczyn, który można było uważać za częściową aglutynacyę. Także doświadczenia robione z żółcią królików i wołów prawidłowych nie dały odczynu aglutynacyi. Ostra żółtaczka nie zwiększa siły aglutynacyjnej surowicy krwi, jak to wykazal autor doświadczeniem na dwóch psach, zatrutych trucizną rozpuszczającą krew. W przeciwieństwie do wyników Köhlera doświadczenia autora wykazują, że surowica krwi ludzi, dotkniętych żółtaczką, zachowuje się podobnie, jak krew ludzi zdrowych lub chorych, lecz chorych nie na dur brzuszny. Wartość aglutynacyjną 1: 10 znaleźć można nierzadko, jednakże nie przekracza ona granicy 1: 50. Niektórzy autorowie wykazali w t. zw. żółtaczce gorączkowej odczyn dodatni; niema jednak na to występowanie aglutynin durowych pewnego wyjaśnienia; możliwem jest, że jest tu t. z. aglutynacya grupowa (*Gruppenaglutination*), jak przy „paratyphus". Również z ujemnym wynikiem były robione próby z kwasem taurocholowym, który według Köhlera ma w 10—20% rozczynie mieć, jedyny między częściami składowemi żółci, własności aglutynujące. *B. Żmigród.*

Reinach. **Częste moczenie i mimowolne moczenie w wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1903, Tom 58). O ile zbyt częste, a dobrowolne opróżnianie pęcherza z nieznacznych nawet ilości, oraz mimowolne oddawanie moczu o różnych porach dnia i nocy jest zjawiskiem fizyologicznem u oseskόw, przestaje niem być u dzieci z chwilą budzenia się w nich świadomości, woli, t. j. z początkiem drugiego roku życia. Rozumie się, niema tu mowy o cierpieniach, wywołanych istotnemi schorzeniami narządu moczowo-płciowego, albo zboczeniami w ośrodkowym układzie nerwowym, ani o następstwach przebytych chorób zakaźnych, a choćby tylko przestrachu, lub innych podobnych stanów psychicznych. Chorobliwymi poczynają być te objawy, gdy trwają tygodnie, miesiące lub lata. U dorosłych wystąpi najczęściej wyodrębnienie jednej lub drugiej sprawy chorobowej, podczas gdy u dzieci uderza częstość kombinacyi, co autor odnosi do wspólności ich tła, a ma niem być według szkoły wrocławskiej histerya. Autorowie szukali przyczyn w celu wytłómaczenia tych cierpień, a zdarzali się między nimi i tacy, którzy, opierając się na jednym i to nieściśle spostrzeganym przypadku, dopatrywali się związku mimowolnego moczenia z ząbkowaniem. Niestałość obrazów chorobowych, pewne ograniczenia się przypadłości do niesprawności jednego tylko mięśnia (zwieracza), który przedtem działał zupełnie dobrze, nagłe wystąpienie wśród niezwykłych często okoliczności, np. dziwaczny sen, częstokroć nerwowe obciążenie rodziców lub opiekunów, a więc histerya matek, neurastenia lub opilstwo ojców, naśladownictwo (w zakładach wychowawczych); wejrzenie tych dzieci zwykle bardzo żywych, o ruchliwej grze mięśni twarzowych, z wyrazem chytrości i sprytu, a głównie zbawienny wpływ leczenia przez poddawanie, wszystko to przemawiać ma w wysokim stopniu za pochodzeniem tego mimowolnego, jak i zbyt częstego moczenia, jako częściowego objawu nerwicy. Byłaby to ta jednoobjawowość histeryi, która tak często w dziecięcym wieku wysuwa się na pierwszy plan. Z takiego pojmowania rzeczy wypływa i leczenie; a więc krótka i nieco bolesna faradyzacya, zmiana pobytu i usunięcie z pod wpływu domu rodzicielskiego. Zdarzają się jednak i takie przypadki, w których zabiegi te, zamiast polepszyć, pogarszają sprawę, a zdarza się to u dzieci trwożliwych i przedwcześnie zwiędłych, z umysłem tępym, obarczonych nieraz wnętrostwem (kryptorchizmem). Chodzi tu mianowicie o dzieci, dotknięte neurastenią. W tych razach słaby prąd elektryczny, leki wzmacniające, kąpiele i odpowiednie zajęcie na świeżem powietrzu, sprowadzają rychło poprawę. *Progulski.*

Dr. Salge. **Pokarm kobiecy w leczeniu ostrego nieżytu jelit cienkich.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 58, 8 B., 4 H., 1903). Wyższość żywienia osesków mlekiem kobiecem nad karmieniem sztucznem, ogólnie znana i udowodniona, nie daje zupełnie zadowalniających wyników w niektórych przypadkach chorób jelit, przyczem i poprawa zaburzeń przemiany materyi często postępuje bardzo wolno. W każdej chorobie przewodu pokarmowego osesków uwzględnić należy ścisłe odgraniczenie i oznaczenie rodzaju choroby. Autor zajmuje się w swej pracy tylko nieżytem jelit cienkich i kwestyą, czy doświadczenie kliniczne daje pewne wskazówki, aby w leczeniu tych chorób i odżywianiu takich chorych podawać pewne mieszaniny odżywcze? W klinikach berlińskich przestrzeganą jest stała zasada, że po upływie okresu ochrony przewodu pokarmowego przez głodzenie, szkodliwem jest podawanie pożywek, zawierających tłuszcz, które mogą wywołać ostre pogorszenie się stanu chorobowego, a nawet sprowadzić śmierć. Przedstawiwszy klinicznie kilka przypadków nieżytu jelit cienkich u osesków w pierwszym kwartale życia, okazujących objawy toksyczne, stosował u nich autor jako pożywienie pokarm kobiecy, odpowiednio dostosowany i bezsprzecznie wykazał niekorzystny wpływ tego pokarmu na przebieg choroby, podczas gdy u osesków z dyspepsyą jelitową bez objawów toksycznych ten rodzaj pożywienia okazał się nader korzystny. Wytłómaczenie tego faktu może nastąpić tylko przez przypuszczenie, że w nieżycie jelit cienkich tłuszcz jest źle znoszony i prowadzi do ostrych pogorszeń i objawów toksycznych, czy to na podstawie teoryi szkoły wrocławskiej zatrucia kwasowego, czy też skutkiem odjęcia alkaliów. Doświadczenia te są wskazówką, że w nieżycie jelit cienkich nie wolno podawać mleka kobiecego wcześniej, aż zupełnie ustąpią objawy ze strony jelit, jakoteż wszystkie objawy toksyczne.

Dr. Bolesław Komorowski.

Grünbaum. **O twardym urazowym obrzęku grzbietu rąk.** (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1903, Nr. 51 i 52). Secrétan pierwszy ogłosił szereg przypadków, które oznaczył jako *oedeme dur et hyperplasie traumatique du métacarpe dorsal.* Po urazie grzbietu ręki lub stopy występuje w tem miejscu bolesny obrzęk, uniemożliwiający ruchy palców, który od drugiego tygodnia staje się coraz twardszym i utrzymuje się przez kilka tygodni lub miesięcy. Ruchy stawu nadgarstkowego pozostają wolne; ucisk na dolne końce kości sprychowej i łokciowej, a szczególnie na kości nad- i śródręcza, jest bardzo bolesny. Badanie promieniami Röntgena nie wykazuje żadnego złamania, pęknięcia kości lub zmian w okostnej; natomiast już po kilku tygodniach ukazuje się zanik kości nadręcza tak, że na fotografiach cień kości w tem miejscu jest o wiele jaśniejszy. Mimo leczenia bóle, a szczególnie obrzęk, długo się utrzymują; mięsienie nie wywiera żadnego skutku, lub wprost szkodliwy. Autor zauważył trzy tego rodzaju przypadki; ponieważ kąpiele, mięsienie i ruchy bierne nic nie pomogły, zastosował on w ostatnim w przypadku trzy razy w ciągu tygodnia podskórne wstrzykiwania 15% wyskokowego rozczynu tyosynaminy w przedramię w pobliżu obrzęku i pod wpływem tego leczenia sprawa ustąpiła po trzech miesiącach.

Rzadka ta choroba odgrywa też ważną rolę w praktyce ubezpieczeń od wypadków, gdyż każde wczesne rozpoczęcie pracy lub lekkie urazy wywołują pogorszenia sprawy i mogą pociągać za sobą znaczne i stałe zaburzenia czynnościowe. Udawanie w tych przypadkach można wykluczyć; stwierdzono tego rodzaju cierpienie u ludzi nie zabezpieczonych. Z natury rzeczy wynika, że te przypadki są częstsze na rękach, niż na stopach, a u mężczyzn częstsze, niż u kobiet. Bezpośrednio po urazie występuje zwyczajny miękki obrzęk i dopiero potem tworzy się twarda tkanka łączna, którą Secrétan w jednym uporczywym przypadku po upływie roku wyciął, lecz bez szczególnego skutku. Leczenie zapomocą opatrunków ustalających również było bez skutku. G. poleca leczenie kombinowane z codziennych gorących kąpieli na 70—80° C. i biernych ruchów, oraz co drugi dzień wstrzykiwanie 15% wyskokowego rozczynu tyosynaminy w pobliżu obrzęku, a obrzęk sam okrywać plastrem tyosynaminowym. *Dr. Fels.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne w dniu 13 stycznia 1904 roku.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 16.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Sekretarz stały kol. Borzęcki odczytał swe sprawozdanie roczne, które w streszczeniu przedstawia się, jak następuje:

»Z końcem roku 1902 liczyło Towarzystwo lekarskie krakowskie członków honorowych 15, czynnych 136, korespondentów 55. Liczba członków zwyczajnych zwiększyła się w roku 1903 o 10. Natomiast przez śmierć ś. p. kol. Prof. Włodzimierza Brodowskiego w Warszawie i Dra Władysława Ściborowskiego w Krakowie ubyło dwóch członków honorowych; zaś przez śmierć ś. p. Kolegów Dra Antoniego Filimowskiego, Dra Stanisława Koya, Prof. Dra Rudolfa Trzebickyego i Prof. Dra Piotra Seifmana ubyło czterech członków czynnych. W dniu przeto 31 grudnia 1903 liczyło nasze Towarzystwo: 13 członków honorowych, 143 czynnych i 49 korespondentów. Posiedzeń Towarzystwo odbyło 26, z tych 3 administracyjne, jedno z nich poświęcone budowie własnego domu Towarzystwa, 15 zwyczajnych, 8 nadzwyczajnych.

Ze spraw administracyjnych Towarzystwa naszego na pierwszy plan wysuwa się budowa domu Towarzystwa. Myśl budowy domu własnego, podjęta przed laty 10 przez Prof. Marsa, zamieniła się szybciej, niż można było przewidzieć, w czyn. Brak własnego lokalu dawał się dotkliwie odczuwać. W sprawozdaniu rocznem z r. 1899 sekretarz Towarzystwa naszego, ś. p. kol. Sroczyński, pisał. . »nie posiadając własnego lokalu zmuszonem było Towarzystwo korzystać z gościnności różnych zakładów uniwersyteckich, zwłaszcza od czasu, gdy skutkiem zeszłorocznego rozporządzenia senatu utraciliśmy prawo odbywania posiedzeń w sali Śniadeckiego. Dzięki jednak uprzedzającej uprzejmości prof. Szajnochy za zgodą Senatu znaleźliśmy znowu na czas nieokreślony dach gościnny w sali Instytutu geologicznego. Może ta niepocieszająca historya naszego tułactwa zdoła rozbudzić pośród ogółu członków żywsze zainteresowanie się sprawą budowy własnego domu, która tak mało zyskała dotąd moralnego i materyalnego poparcia. Chcąc w tej sprawie zrobić pierwszy krok, zbliżający nas do zrealizowania naszego celu, przesłał Komitet jeszcze za przewodnictwa prof. Jakubowskiego prośbę do Rady miejskiej o odstąpienie bezpłatne gruntu na rogu ul. Kopernika i Radziwiłowskiej. Niestety — po półrocznem milczeniu — nadeszła odpowiedź odmowna». Niezrażony tą odmową, prezes naszego Towarzystwa kol. Julian Nowak wnosi powtórnie podanie o grunt i dzięki Jego niestrudzonym zachodom Rada miejska załatwia podanie przychylnie, dając w ten sposób możność do rozpoczęcia budowy. Na posiedzeniu d. 8 lipca 1903, *ad hoc* zwołanem, zapadła jednogłośna uchwała przystąpienia do budowy, którą też rozpoczęto z początkiem sierpnia według planów, sporządzonych przez W-go Pana architekta Karczmarskiego. Do Komitetu ściślejszego budowy domu zaproszono W-go Pana radcę budownictwa Saarego, który nie szczędzi swoich cennych rad i uwag. Świetnej Radzie miejskiej podziękowało Towarzystwo lekarskie osobnem pismem. Dziś dom stoi pod dachem, a Towarzystwo nasze w uznaniu zasług prezesa kol. Juliana Nowaka wybrało Go na rok 1904 jednogłośnie powtórnie swoim prezesem, by nas wprowadził pod koniec bieżącego roku do własnego domu, o którym bez przesady powiedzieć może, »cujus magna pars fui».

Kronika żałobna w minionym roku zapisała śmierć dwóch członków honorowych i czterech zwyczajnych Wszyscy oni zapisali się trwałymi zgłoskami w historyi naszego Towarzystwa, służąc mu w miarę sił i możności. Ś. p. Władysław Ściborowski był jednym z założycieli Towarz. lekar. krakowskiego, a ś. p. Rudolf Trzebicky jednym z najczynniejszych jego członków. Cześć ich pamięci!

III. Kol. Gwiazdomorski odczytał sprawozdanie kasowe.

IV. Kol. Przewodniczący wniósł podziękowanie dla kol. Gwiazdomorskiego za jego dotychczasową znakomitą działalność dla Towarzystwa. Wniosek przyjęto przez aklamacyę.

V. Na wniosek kol. Prof. Ciechanowskiego uchwalono fundusz dyżurów nocnych, zebrany w gronie członków Towarzystwa, przenieść do funduszu budowy domu.

VI. Kol. Prof. Raczyński odczytał sprawozdanie administracyi »Przeglądu lekarskiego».

VII. Kol. Sekretarz odczytał sprawozdanie kol. Biblioteka rza. Uchwalono, żeby Komitet Towarzystwa wystarał się o roczniki Virchowa-Hirscha, wydane przed rokiem 1892, które gdzieś zaginęły.

VIII. Kol. Prof. Ciechanowski odczytał sprawozdanie Komisyi słownikowej.

IX. Kol. Sekretarz odczytał sprawozdanie Komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa-Hirscha. Podnoszono sprawę podzielenia pracy tej Komisyi między Towarzystwo lekarskie lwowskie i krakowskie, względnie uzyskanie subwencyi ze strony Towarzystwa lekar. lwowskiego; konkretnych uchwał jednak nie przeprowadzono.

X. Kol. Sekretarz odczytał sprawozdanie Komisyi przemysłowo-lekarskiej.

Kol. Ciechanowski interpelował w sprawie odpowiedzi dla Towarzystwa lek. lubelskiego.

XI. Kol. Przewodniczący przedstawił sprawozdanie Komisyi budowy własnego domu, przemienionej obecnie w Komisyę wykonawczą budowy domu.

Uchwalono zupełne upoważnienie Prezydyum do zaciągnięcia pożyczki na budowę domu w Towarzystwie lekarzy galicyjskich i do rozporządzenia lokalnościami budującego się gmachu Towarzystwa.

XII. Wnioski Komitetu w sprawie zmiany obecnego statutu Towarzystwa uchwalono w całem ich brzmieniu.

Dr. Dobrowolski, sekretarz doroczny.

Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

Czwarte posiedzenie dnia 30—IX (13—X) 1903 roku.

Obecnych członków 35, gości 5.

1. Prezes dr. Strawiński wita zgromadzenie po przerwie wakacyjnej i wzywa do dalszej wspólnej pracy; następnie w imieniu Koła wita gości dra Dłuskiego z Zakopanego i dra Faijta z Warszawy.

II. Po odczytaniu i zatwierdzeniu protokołu z poprzedniego ogólnego zgromadzenia dr. Dłuski wygłasza rzecz pod tyt.: »Kilka słów o sanatoryum i metodzie leczniczej w Zakopanem». Zaznajomiwszy zgromadzenie w krótkich rysach z położeniem Zakopanego i jego warunkami klimatycznymi, zastanawia się prelegent nieco szczegółowiej nad zasadami leczenia suchot metodą Brehmera i nad zastosowaniem tych zasad w sanatoryum zakopańskiem, na czele którego sam stoi. Na założenie tego sanatoryum prelegent zapatruje się, jako na pierwsze ogniwo w długim łańcuchu podobnych zakładów, które będą z pewnością urządzone w przyszłości przez społeczeństwo polskie. Rękojmię tej nadziei prelegent widzi w przeszłości naszej, która dała liczne przykłady naszej ofiarności dla dobra ogółu. Gdy społeczeństwo zrozumie doniosłe znaczenie sanatoryów, nie omieszka zaprowadzić u siebie nie tylko takie zakłady, jak zakopański, w którym mogą znaleźć niezbędne warunki lecznicze tylko ludzie zamożni, lecz i sanatorya na szerszą skalę dla bardziej licznej względnie uboższej ludności.

W dyskusyi zabiera głos prof. dr. St. Zaleski. Zaznaczywszy, że w obecnej chwili i w Rosyi powstało zainteresowanie się stacyami klimatycznemi, że lekarze polscy biorą w tem żywiej udział, podnosi prof. Zaleski brak w Rosyi doświadczenia, niezbędnego dla oceny niektórych warunków klimatycznych; jako przykład przytacza nierozwiązaną jeszcze kwestyę wpływu ciepłoty miejscowości na chorych, dotkniętych tak ciężką sprawą, jak gruźlica; najlepszy dowód tego widzi w obradach nad odczytem jednego z członków Koła, dra Czeczotta, na drugim Zjeździe działaczy w dziedzinie hidrologii, klimatologii i balneologii, który odbył się przed 3 tygodniami w Pjatigorsku; mowa była o urządzaniu sanatorów w pobliżu lodowców. Prosząc prelegenta o podanie swego zdania w tej sprawie, opartego na doświadczeniu własnem, prof. Zaleski zapytuje wreszcie o warunki materyalne w sanatoryum zakopańskiem.

W odpowiedzi dr. Dłuski odsyła życzących zapoznać się z cenami w sanatoryum zakopańskiem do szczegółowego prospektu. W kwesyi zaś wpływu ciepłoty doszedł do przekonania, że nizka ciepłota nie może być uważaną za przeszkodę do przyznania miejscowości znaczenia stacyi klimatyczno-zdrowotnej dla suchotników. Ten pogląd podzielają również: Dettweiler, który wygłosił zdanie, że jakkolwiek gruźlica płuc może być leczoną w różnorodnych warunkach klimatycznych, najodpowiedniejszym jest jednak klimat górski; następnie Williams, który, poddawszy szczegółowemu rozbiorowi statystycznemu wyniki leczenia suchot w różnych klimatach, przychodzi do przekonania, że największą % wyleczenia wykazują stacye — na wielkich wyżynach. Własna praktyka, jak również doświadczenia dyrektorów innych sanatoryów, doprowadziła prelegenta do przekonania, że przy wyborze stacyi klimatycznej dla suchotników należy zawsze mieć na uwadze ścisłe indywidualizowanie; sam nieraz spostrzegał chorych, którzy gorączkowali w innych stacyach klimatycznych, a wkrótce po przybyciu do Zakopanego gorączkę tracili, a z nią i objawy ze strony płuc wykazywały poprawę. Chory, dotknięty gruźlicą, przedstawia nieraz tak szybkie zmiany, że taż stacya, która spowodowała znaczne polepszenie jego stanu, może w dalszym ciągu być mu już szkodliwą; ze zmianą zaś zakładu znowu zaczyna się poprawa. Jednem słowem, chory na gruźlicę powinien być wciąż pod ścisłą obserwacyą i opieką lekarza i w każdej chwili musi być indywidualizowany. Uogólniając jednak swoje spostrzeżenia, prelegent podziela w zupełności zdanie, wygłoszone przez takiego znawcę chorób dróg oddechowych, jakim jest dr. Alfred Sokołowski, mianowicie, że dla leczenia w miejscowościach o ciepłocie nizkiej nie nadają się chorzy z daleko posuniętą sprawą suchotniczą, z silną gorączką trawiącą, z jednoczesnem powikłaniem gruźlicy schorzeniami serca, nerek, rozedmą płuc lub przewlekłym uporczywym nieżytem oskrzeli. Takich chorych nie należy posyłać do Zakopanego.

Prezes, dr. Strawiński, podkreśla ważne znaczenie Zakopanego, jako polskiej stacyi klimatycznej dla suchotników i imieniem Koła dziękuje prelegentowi.

III. Prof. dr. Ziemacki wygłasza rzecz pod tyt.: »Przypadek wycięcia 120 ctm. jelita cienkiego w dwóch miejscach z powodu raka gruczolakowatego (*adenocarcinoma*) jelita czczego i biodrowego». Do prelegenta zgłosiła się chora, uskarżająca się na dotkliwe bole w brzuchu; przy badaniu stwierdzono na prawo od linii środkowej brzucha bolesne na ucisk stwardnienie; przypuszczając przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, prelegent wykonał coeliotomię; po otwarciu jamy brzusznej przekonał się jednak, że ma do czynienia z znacznem zwężeniem jelita w kształcie obrączki; oglądając jelito, znalazł takich zwężeń 12, z których część była usadowioną w jelicie czczem tuż pod dwunastnicą, reszta zaś w jelicie biodrowem. Po rozważeniu tej sprawy prelegent wykonał resekcyę zajętych części jelita w dwóch miejscach na przestrzeni ogółem 120 ctm. Chora po operacyi szybko się poprawiła, przybyła znacznie na wadze, dotkliwe bole, które ją trapiły, o tyle ustąpiły, że odzywają się tylko w bardzo słabym stopniu; badanie drobnowidowe, wykonane przez prof. Pietrowa, wykazało raka gruczolakowatego. Prelegent przedstawił chorą i okazał preparaty makroskopowe i drobnowidowe z tego przypadku.

W dyskusyi dr. Strawiński zapytuje prelegenta, czy nie zostało w jelitach chorej zwężeń nowotworowych, pomimo już wyciętych.

W odpowiedzi prof. dr. Ziemacki zaznacza, że opatrzył podczas operacyi całe jelito aż do jelita ślepego, zatem na przestrzeni prawie 3—4 metrów; jelito było nadzwyczaj cienkie; w razie jeśliby było choć małe zwężenie, jelito przedstawiałoby miejscowe rozdęcia. Na podstawie tego przypuszcza Ziemacki, że wyciął wszystkie zwężenia, jakie istniały.

Dr. Piotrowicz zapytuje, czy istniejące obecnie bole nie są wskazówką, że nie cały nowotwór został wydalony?

W odpowiedzi prof. dr. Ziemacki tłómaczy bole wielką ilością szwów jedwabnych, które chora ma jeszcze w sobie.

Zdaniem dra Faijta w przypadku prelegenta nie należało robić resekcyi jelit dlatego, że 1) operacya ta wymaga dłuższego czasu, co nie jest obojętnem dla chorej z odżywieniem upośledzonem; 2) wobec obawy nawrotu raka, wreszcie 3) wobec tego, że stan innych gruczołów chłonnych, oprócz gruczołu wyciętego przez prelegenta, nie był podczas operacyi znany, jakkolwiek niektóre z tych gruczołów mogły być zajęte już wtenczas, co uwydatni się dopiero po upływie pewnego czasu obrzmieniem gruczołu. Piętnastoletnie doświadczenie własne, jak również doświadczenie warszawskiej szkoły chirurgów, przemawiają w tych razach za gastroenterostomią, jako operacyą, mniej narażającą życie chorego.

W odpowiedzi prof. dr. Ziemacki oświadcza, że przystępując do operacyi, miał na myśli enteroanastomozę w razie, jeśli nowotwór nie da się usunąć. W toku operacyi należało wybierać między duodenoileostomią i rozległą resekcyą jelit w dwóch miejscach. Pierwszy zabieg byłby tylko paliatywny, ponieważ chora zostałaby się z licznemi zwężeniami rakowatemi; objawy chorobowe, co prawda, zmniejszyłyby się, lecz nie byłyby ustąpiły zupełnie. Co więcej, badanie jednego ze zwężeń wykryło zżarcie błony śluzowej, a więc chorej groziło już dziurawiące zapalenie otrzewnej. Zdaniem prelegenta resekcyę należy wykonać zawsze, gdzie tylko można usunąć nowotwór złośliwy; gastroenterostomię zaś jedynie w przypadkach, gdzie dokonać tego już nie można. Istotnie, po operacyi zaszło w stronie chorej wyraźne polepszenie; odżywienie poprawiło się, złagodniałe bole chora określa jako rodzaj swędzenia. Prelegent operował pomyślnie podobny przypadek raka gruczolakowatego przed 12 laty z tą różnicą, że zwężenie było pojedyncze.

Dr. Faijt podkreśla, że według doświadczenia chirurgów warszawskich, nawet przy miejscowych zwężeniach jelit pochodzenia gruźliczego lub promienicznego należy stosować nie resekcyę, lecz gastroenterostomię; tembardziej ostatni rękoczyn jest wskazany w przypadkach raka, który zwykle daje nawroty.

Prof. Ziemacki podkreśla, że i w tych przypadkach, gdzie można, należy stosować resekcyę jelita; jako przykład, przytacza spostrzegany przez się przypadek zwężenia bliznowatego w okolicy jelita ślepego; zwężenie było zapewne pochodzenia zapalnego; trzeba przypuszczać, że w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego powstało przedziurawienie jelita cienkiego niedaleko od zastawki Bauhina z nadżarciem jej ścian; po zabliźnieniu wystąpiły objawy zwężenia jelita. Okolica wyrostka robaczkowego była zropiałą i zgrubiałą do tego stopnia, że prelegent podczas operacyi mniemał, że ma do czynienia z nowotworem. Rozpoznanie było na tyle trudnem, że i anatom prof. Pietrow, który prowadził badanie drobnowidowe, przypuszczał z początku również raka. Prelegent miał do wyboru między ileokolostomią a resekcyą; rozważywszy sprawę, zatrzymał się na resekcyi, wyciął jelito ślepe z wyrostkiem robaczkowym i zbliznowaciałą część jelita cienkiego. Chora cieszy się dotychczas dobrem zdrowiem.

Docent W. Orłowski przyłącza się do zdania prelegenta, że we wszystkich przypadkach, gdzie można, należy przekładać resekcyę jelita, jako zabieg operacyjny doszczętny, nie zaś paliatywny, jakim jest gastroenterostomia; następnie przytacza przypadek rozległego zajęcia żołądka sprawą rakową, w którym chora, po dokonanej przez prof. Ratimowa operacyi — resekcyi żołądka, żyła bez żadnych dolegliwości żołądkowych przynajmniej 12 lat; prelegent przedstawił również świetny wynik podobnego postępowania w ciężkim przypadku rozległego nowotworu złośliwego jelit. Wreszcie przypadek prelegenta jest zdaniem dra W. Orłowskiego bardzo zajmującym z punktu widzenia fizyologicznego: poucza on, że wycięcie jelita cienkiego nawet w części pocz tkowej, która ma główniejsze znaczenie w trawieniu, do tego wycięcie znacznego kawałka, bo obejmujące 120 ctm. jelita, może nie mieć w następstwie widocznych zaburzeń w trawieniu.

Dr. Zakrzewski nadmienia, że Bergman opisał kilka przypadków resekcyi żołądka z powodu raka, gdzie chorzy żyli po operacyi po 10 lat.

Prof. dr. St. Zaleski przemawia również za usunięciem nowotworów złośliwych, tembardziej, że zajęta część jelita jest już niezdolną do funkcyi; powoływanie się na szkołę warszawskich chirurgów uważa za dość ryzykowne; przypadkom, podobnym do tego, który przedstawił prelegent, przydaje wiele wagi; wreszcie dla zbicia zapatrywań prelegenta wymaga przytoczenia kazuistyki wręcz przeciwnej.

Doc. W. Orłowski zaznacza, wobec powoływania się dra Faijta na doświadczenia chirurgów warszawskich, że pierwszą resekcyę odźwiernika żołądka wykonał nasz rodak prof. Rydygier; dopiero po nim operacyę tę robił Billroth, któremu niesłusznie przypisują pierwszeństwo.

Dr. Karłowicz utrzymuje, że w pracach prof. Rydygiera niema wcale opisu przypadków resekcyi żołądka.

W odpowiedzi doc. W. Orłowski zaznacza, że ma na uwadze odczyt prof. Rydygiera, wygłoszony przed 3 laty w Krakowie na Zjeździe i zamieszczony następnie w »Przeglądzie lekarskim;» o resekcyach zaś odźwiernika z powodu raka żołądka prof. Rydygier roz-

prawia w jednem z chirurgicznych czasopism niemieckich, przytaczając wyniki wszystkich operacyi, dokonanych przez niego na żołądku w ciągu ostatnich lat 20.

Prof. dr. Ziemacki potwierdza, że pierwszą resekcyę na żołądku wykonał istotnie prof. Rydygier na 3 miesiące przed Billrothem; następnie powołuje się na statystykę, która wykazuje, że resekcya nie cieszy się dobrymi wynikami następowymi, chorzy bowiem giną po pewnym czasie od nawrotu choroby; są jednak przypadki szczęśliwe. Jako przykład przytacza przypadek nowotworu wielkości pięści, obejmującego więcej niż połowę żołądka, u chorego, liczącego lat 60; badanie drobnowidowe stwierdziło raka. Po resekcyi, wykonanej przez prof. Sklifasowskiego przy asystencyi prelegenta, chory żyje dotychczas. Na podstawie podobnych przypadków prelegent uważa resekcyę za leczenie właściwe, gastroenterostomię tylko za zabieg paliatywny.

Prezes dr. Strawiński zaznacza, że odczyt prelegenta wywołał żywe obrady, z których widać, że ogromna większość oddaje słuszność postępowaniu prelegenta; następnie w imieniu Koła wyraża mu szczere podziękowanie za zajmujący odczyt.

Po krótkiej przerwie nastąpiło posiedzenie administracyjne.

Witold Orłowski.

VI. Z historyi wziernika ocznego.

Podał

Dr. Wiktor Reis.

(Dokończenie).

Zasada wziernika ocznego, podana przez Helmholtza powszechnie jest znaną; w krótkości więc ją tylko powtórzę.

Oko w warunkach prawidłowych przedstawia układ powierzchni łamiących, utworzonych w ten sposób, że promienie, wychodzące z jakiegoś źródła światła, po przejściu przez środki łamiące i wywołaniu obrazu na siatkówce, wracają tą samą drogą do punktu, z którego wyszły. Źródło światła i oświetlone dno oka są więc ogniskami sprzężonemi. Chcąc widzieć dno oka badanego w oświetleniu musimy siatkówkę oka naszego zidentyfikować ze źródłem światła, gdyż tylko w tym przypadku, na podstawie praw, przysługujących ogniskom zespolonym, promienie odbite z oka badanego dadzą dokładny obraz na naszej siatkówce.

By ten cel osiągnąć, zrobił Helmholtz wziernik oczny, złożony w pierwotnej swej konstrukcyi z trzech płyt szklanych, ustawionych pod kątem do źródła światła. Promienie, pochodzące od światła ustawionego z boku, odbite od płyt szklanych, dostawały się do oka badanego, idąc stamtąd tą samą drogą, wracały w części do pierwotnego źródła światła, w części zaś przez płyty szklane do oka badającego, tworząc na siatkówce tegoż oka obraz oświetlonego dna oka badanego.

Ta sama zasada objaśnia nam, dlaczego źrenicę widzimy czarną i warunki, wśród których powstaje świecenie się oczu. Z chwilą bowiem, gdy źródło światła nie jest utożsamionem z okiem badającego, lecz znajduje się na zewnątrz oka naszego, tworzy ono z dnem oka badanego ogniska sprzężone tak, że w każdym przypadku już za samem zbliżeniem się do oka badanego, zastępujemy drogę promieniom świetlnym i wnętrze oka pozostaje nieoświetlonem. Tylko w tych przypadkach, w których promienie z oka badanego wychodzą w kierunku silnie rozbieżnym, spostrzegać można odblask oczu z tego powodu, że obok promieni, wracających do źródła światła, część ich, idących rozbieżnie, przechodzi obok do oka badającego. Ma to miejsce głównie u zwierząt, obarczonych stale wadą nadwzroczności, a także u ludzi, u których wskutek zmian patologicznych powstał nadmierny stopień tej wady refrakcyjnej, np. amaurotyczne oko kocie.

Dziś, gdy wziernik oczny stał się rzeczą, przeznaczoną do codziennego użytku, gdy badanie oka, dokonane bez wziernika, zupełnie jest niedostatecznem, wprost niezrozumiałem się wydaje, jak mogli znaleźć się ludzie, którzy w sprawie używania wziernika ocznego wrogie zajęli stanowisko.

A jednak, jak się dowiadujemy ze szczegółowej biografii Helmholtza, opracowanej przez matematyka Koenigsbergera z Heidelbergu, byli i tacy. Współczesny Helmholtzowi, nawet jakiś sławny chirurg, którego nazwiska Koenigsberger nie wymienia, miał oświadczyć, że „przyrządem tym posługiwać się nie będzie, gdyż jest zanadto niebezpieczną rzeczą wpuszczać do wnętrza oka rażące światło"; inny znów był tego zdania, że „wziernik może oddać korzyści lekarzom ze złemi oczyma, on sam ma bardzo dobre oczy i dlatego go nie potrzebuje".

Inaczej jednak na ten wynalazek zapatrywali się ci, którym on bezpośrednie oddał usługi. Dnia 9-go sierpnia 1886 r. wręczono Helmholtzowi na uroczystem posiedzeniu Stowarzyszenia oftalmologicznego w Heidelbergu medal Graefego, jako dowód największego uznania. Odpowiedź swą na mowę przewodniczącego Dondersa zakończył Helmholtz następującemi słowami[6]):

„Pozwólcie mi teraz, że koniec mej mowy przybiorę w formę alegoryczną. W alegoryi nie wymaga się ścisłości historycznej: przypuśćmy więc, że do czasów Fidyasza nie posiadano dostatecznie twardego dłuta, którymby można opracować marmur z zupełnem opanowaniem formy; najwyżej umiano ugniatać glinę, lub rzeźbić drzewo. Gdy naraz zdolny jakiś kowal znajduje sposób hartowania dłuta: Fidyasz cieszy się ulepszonemi narzędziami, tworzy przy ich pomocy posągi bogów i opanowuje marmur, jak nikt przed nim. Powszechnie go szanują i wynagradzają.... Lecz Fidyasz w wspaniałomyślnej skromności zwraca się do mistrza kowalskiego i rzecze: „Bez twej pomocy nie mógłbym tego wszystkiego dokonać: chwała i cześć tobie więc się należy". Kowal zaś w te słowa może mu tylko odpowiedzieć: „lecz ja, mając te dłutka, nie mógłbym dokonać czegoś podobnego; ty zaś bez pomocy mego dłuta mógłbyś przynajmniej w glinie ugniatać arcydzieła. Jeśli uczciwym mam więc zostać człowiekiem, cześć i chwała nie mnie przypadają w udziele". Tymczasem Fidyasz umiera; pozostają przyjaciele i uczniowie: Praksiteles, Paionios i inni. Postanawiają uczcić pamięć zgasłego mistrza przez wręczenie wieńca temu, który najwięcej zdziałał dla sztuki, a w szczególności dla rzeźby. Ukochany mistrz wychwalał często kowala, jako sprawcę ich wielkiego powodzenia, postanawiają więc wreszcie jemu wieniec ofiarować. Dobrze, odpowiada kowal, poddaję się waszej woli. Was jest wielu i między wami są mądrzy ludzie, a ja jestem jeden; wy zapewniacie mnie, że ja wielu z was wiele pomogłem i że teraz w wielu miejscach rzeźbiarze osiedli, którzy ozdabiają świątynie naśladownictwami waszych posągów bogów, a którzy nie wieleby zdziałali bez narzędzi, które ja wam dałem. Muszę wam wierzyć, gdyż nigdy nie rzeźbiłem marmuru i z wdzięcznością przyjąć to, co mi przyznajecie. Ja zaś oddałbym mój głos Praksitelesowi lub Paioniniosowi".

Stanowisko, jakie Helmholtz ze względu na wynalazek wziernika sobie wyznaczył, było zbyt skromne i dlatego zupełnie słusznie odpowiedziała mu w liście własna żona: „trudno mi zaiste pomyśleć, by panowie okuliści w porównaniu z tobą byli wszyscy Praksitelesami".

Minęło zaledwie lat dziesięć od epokowego wynalazku wziernika ocznego, gdy umysł ludzki przestał zadowalniać się samem tylko spostrzeganiem nowo odkrytej krainy wiedzy, lecz zapragnął metodą przedmiotową utrwalić dla swej pamięci nieznane mu dotychczas widoki. Atlasy, przedstawiające dno oka prawidłowego i zmienionego chorobowo, posiadają nieocenioną wartość; są one jednak dziełami mistrzów, którzy obok sztuki wziernikowania obdarzeni byli zdolnościami rysunkowemi. Pozbawieni tego talentu ograniczać się mogli tylko do chwilowego spostrzegania poszczególnych przypadków. Sporządzenie zaś rysunku dna oka również

nie jest rzeczą łatwą; oprócz trudności technicznych wchodzi tu także w grę długość czasu, konieczna do wykonania dokładnego rysunku, a napotykająca ciągle na przeszkody w ruchach gałek ocznych, wrażliwości i niecierpliwości chorego. By temu zaradzić, już wcześnie wzięto do pomocy sztukę fotograficzną, która w innych gałęziach nauk przyrodniczych ze skutkiem coraz bardziej wypiera uciążliwą pracę ręczną. Tak więc pierwsze próby fotografowania dna oka przypadają na rok 1862. Noyes w New-Yorku i Sinclair w Toronto (Canada)[7], pierwsi wpadli na ten pomysł; doświadczeń swych musieli jednak zaprzestać, z powodu małej wówczas jeszcze czułości płyt fotograficznych. W roku 1864 Rosebrugh posługiwał się w swoim przyrządzie światłem słonecznem; w r. 1887 Claude du Bois-Reymond[8]) przy sposobności swych studyów nad oddziaływaniem źrenicy pod wpływem światła poleca przy fotografowaniu dna oka zastosowanie światła magnezyowego. W r. 1888 na międzynarodowym Zjeździe w Heidelbergu fotografie dna oka już demonstrują: Howe[9]) i Herman Cohn z Wrocławia[10]). W r. 1891 również na Kongresie w Heidelbergu ogłasza Eug. Fick[11]) swoje doświadczenia, a Gerloff i Meissner z Getyngi przedstawiają w Stowarzyszeniu fizyologów w Berlinie swoje zdjęcia fotograficzne. W r. 1893 Guilloz z Nancy podejmuje dalsze próby; w r. 1900 Nikołajew[12]) wykonuje zdjęcia czasowe z dna oka kota, zatrutego kurarą, a w najnowszych czasach Dimmer w Insbrucku[13]) i Thorner w Berlinie[14]) coraz bardziej metodę tę wydoskonalają.

Główną przyczyną, która była ciągle powodem niepowodzenia w zabiegach fotograficznych, był odblask świetlny, odbicie, pochodzące z rogówki i soczewki oka badanego. Usiłowania badaczów były ciągle skierowane do usunięcia tej przeszkody. Zastosowywano metodę imersyjną z ortoskopem Czermaka, polegającą na otoczeniu rogówki fizyologicznym rozczynem soli kuchennej, by znieść załamywanie promieni świetlnych na przedniej powierzchni rogówki; próbowano metodę polaryzacyjną zapomocą pryzmatów Nicola, lecz mimo skutecznych wyników zaniechano ją z tego powodu, że pryzmaty pochłaniały zbyt wielką ilość światła, odbitego od dna oka badanego tak, że pozostała reszta okazała się za słabą, by mogła działać na płytę fotograficzną W końcu stosuje Thorner[14]) dla usunięcia odblasków metodę geometryczną, polegającą na tem, że inny wyznacza się kierunek promieniom odbitym od rogówki, inny promieniom świetlnym, wychodzącym z dna oka. Uskutecznia się to zapomocą systemu pryzmatów, odpowiednich zasuw i podziału źrenicy oka na dwie połowy: przez jedną wchodzą promienie, służące do oświetlania i odbijające się od rogówki, przez drugą zaś połowę wydostają się promienie, pochodzące z dna oka i idące w kierunku oka badającego.

Na takiej zasadzie zrobiony stały wziernik oczny daje obrazy, pozbawione odblasków świetlnych i stanowi główną część składową przyrządu, służącego do fotografowania dna oka. Właściwy zaś przyrząd fotograficzny ma za zadanie pochwycić na płytę odwrotny obraz dna oka, oglądany przy pomocy wspomnianego wziernika metodą pośrednią. W miejsce bowiem oka badającego wstępuje przyrząd fotograficzny, a zastosowana metoda jest taką samą, jak przy zwykłem badaniu w obrazie odwrotnym.

Z rozmaitych sposobów oświetlenia okazało się najpraktyczniejszem światło magnezyowe, dawkowane odpowiednio do czasu trwania zdjęcia migawkowego.

Zastosowanie fotografii dna oka w sprawach patologicznych ma z góry już ograniczony zakres. Wykluczyć należy bowiem wszystkie te sprawy chorobowe, w których pojawiają się choćby najmniejsze zaćmienia środków łamiących. Także brak barwy dotkliwie daje się odczuwać; w zamian jednak za to podaje fotografia wiernie wzajemne położenie topograficzne poszczególnych części na dnie oka, stwierdzać może graficznie postępy niektórych spraw zapalnych, a w dziedzinie doświadczalnej dozwala na najściślejsze pomiary objętości naczyń, zwłaszcza gdy idzie o zmiany, którym naczynia ulegają pod wpływem zmienionych warunków krążenia.

Według Thornera nie można się spodziewać, przynajmniej w najbliższym czasie, znaczniejszych ulepszeń; a fotografia tak wydoskonalona, jak jest nią obecnie, nadaje się już zupełnie do praktycznego użytku.

7) Thorner: Ueber die Photographie des Augenhintergrundes. Inaug. Diss. 1896.

8) Du Bois Reymond: Ueber d. Photog. d. Augenh. Centralbl. f. pr. Augenh. Nag. Ber.

9) Howe: Photographs of the fundus of the living human eye. Opht. Rev. Nag. Ber.

10) Cohn: Ueber d. Photogr. d. Augenh. Centralb. f. pr. Aug. Nagel's Berichte.

11) Fick: Einige Bemerkungen über d. Augenh.-Klin. Monatsbl. f. Aug. XXIX.

12) Nikolajew: Photog. Aufnahme d. Augenh. Arch. f. Phys. Bd. 80.

13) Dimmer: Ueber die Photog. d. Augenh. 29 Vers. d. opht. Ges. Heidelberg. 1901.

14) Thorner: Die Theorie des Augenspiegels u. d. Photog. d. Augenh. 1903.

• • •

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 28 stycznia.

* *Otrzymujemy następujące pismo:*

»W tych dniach postawiony został ze składek pomnik ś. p. prof. Borysikiewicza, dzieło rzeźbiarza p. Macieja Strykowskiego. Pomnik stanął w Białobożnicy, miejscu urodzenia zmarłego, gdzie również w miejscowej cerkwi wmurowaną została tablica pamiątkowa. Na cel pomnika i tablicy wpłynęło 1506 k. 16 h; odsetki wyniosły 101 k. 16 h., razem 1607 k. 32 h. — Pomnik z medalionem kosztował 1439 k. 36 h.; tablica marmurowa 120 k. 33 h.; druki, portorya 65 k. 45 h, razem 1625 k. 14 h".

»Spis ofiarodawców ogłoszony został w »Przegl. lek« w NN. 16, 17 i 48 z r. 1901 i w N. 18 z 1902 roku«.

Dr. Edw. Krzyżanowski, Radca ces.

* Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło dnia 22 stycznia posiedzenie, na którem odbyły się wybory członków zarządu Towarzystwa na r. 1904: prezesem wybrany został prof. dr. Rydygier, wiceprezesem Dr. Wechsler, sekretarzem dorocznym Dr. Herman, gospodarzem Dr. Festenburg, sekretarzem stałym Doc. Dr. Kučera, skarbnikiem Dr. Trzciniecki, bibliotekarzem Dr. Sieradzki.

* Dowiadujemy się, że Komitet gospodarczy XV-go międzynarodowego Kongresu lekarskiego, który odbędzie się r. 1906 w Lizbonie, zaprosił Prof. Dr. Wicherkiewicza do zorganizowania narodowego Komitetu polskiego. Fakt ten nasuwa nam następujące myśli: wszyscy pamiętamy dobrze to przykre zajście, jakie nam zgotował roku zeszłego w Madrycie ambasador austryacki, p. Dubsky, sprzeciwiając się autonomicznemu zaznaczeniu naszego udziału w Zjeździe na posiedzeniach powitalnem i pożegnalnem: bo ktoby nie był tu inicyatorem, jemu, jako przedstawicielowi Austryi, przypada odpowiedzialność Sprawę tę koniecznie należy obecnie wyjaśnić. Od Kongresu dzieli nas dwa lata, jest więc dosyć czasu, ażeby na przyszłość zapobiedz tego rodzaju zawodom i uregulować podstawę prawną naszego udziału w tych Kongresach. Nie wątpimy, że prezes Komitetu polskiego Prof. Dr. Wicherkiewicz, wiedziony duchem obywatelskim, uda się do Wiednia i działając w porozumieniu z Kołem polskiem, uzyska audyencyę u p. ministra spraw zagranicznych hr. Goluchowskiego, któremu przedstawi incydent w Madrycie, poinformuje o prawach, jakich używaliśmy na Kongresach w Rzymie i Moskwie, a jednocześnie domagać się będzie rozstrzygnięcia, czy nam te prawa przysługują na przyszłość lub nie. Otwarcie powiedźmy, że jeśli rząd austryacki nam tych praw zaprzeczy, to niema o co kruszyć kopii, ani łez ronić. Nauce w każdym razie oddamy to, co jej się od nas należy i secesyi z kongresów urządzać nie będziemy; więcej warte przypomnienie się narodom pracami w sekcyach naukowych, niż z trybun powitalnych; sprawa zaś jasno postawiona oszczędzi nam przykrego a nawet upokarzającego zawodu, jakiego doznaliśmy, dzięki formalizmowi zacietrzewionego dyplomaty w Ma-

drycie. Czy kroki te należy robić wspólnie lub tylko równolegle z narodowym Komitetem czeskim, sprawę tę najlepiej rozstrzygnie sam prof. Wicherkiewicz.

* Wypadek, jaki miał miejsce przed kilku laty w Wiedniu z Dr. Müllerem, który zakaził się morem podczas badań bakteryologicznych i padł ofiarą tej choroby, powtórzył się w Kronsztadzie, gdzie na odosobnionej wyspie znajduje się zakład dla badania i wytwarzania surowic. Tym razem śmierć poniósł Polak Władysław Turczynowicz-Wyżniekiewicz, kierownik pracowni, spółpracownik ś. p. Marcelego Nenckiego. »Kuryer warszawski« otrzymał depeszę, że dwóch felczerów, którzy pomagali w pracy Turczynowiczowi-Wyżniekiewiczowi, zapadło również na mór.

* Posiedzenie ściślejszego Komitetu międzynarodowego biura dla walki z gruźlicą odbędzie się w Kopenhadze 27 i 28 maja 1904 r.

* Zjazd niemieckich chirurgów odbędzie się w Berlinie 6—9 kwietnia 1904 r.

* Dr. Janiszewski mianowany został docentem chorób nerwowych w Odessie.

* Jeden gram radium kosztuje przeszło 10.000 fr.; pomimo tej wysokiej ceny zapotrzebowanie jest wielkie i znacznie przekracza wytwórczość dotychczasową.

Mianowania i odznaczenia. Docent dentystyki dr. Körner mianowany został profesorem w Halli. Prof. nadzw. Dr. Tanzi, mian. profesorem zwycz. psychiatryi w Florencyi. Prof. nadzwycz. medycyny wewnętrznej, Dr. Devoto, mian. profesorem zwycz. w Pawii. Prof. nadzwyczajny syfilidologii w Bernie, Dr. Jadassohn, mianowany profesorem zwyczajnym.

Nekrologia. W Ząbkowicach zmarł Dr. Janiszewski, lekarz kolei wiedeńsko-warszawskiej.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 3. Brudziński: Słów kilka o nerce wędrującej u dzieci z powodu przypadku wrzekomej nerki wędrującej u chłopca. Krokiewicz: Dwa przypadki choroby Hodgkina (dok.). Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progenitalis* (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 3. Simon: O miejscowem stosowaniu gorącego powietrza w przewlekłych cierpieniach stawów. Neugebauer: Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie? (c. d.).

— *Postęp okulistyczny* (grudzień, 1903). Rumszewicz: O gruźlicy spojówki. Reis: O rozpoznawaniu rożniczkowem i wzajemnym stosunku mięsaka oka do zaniku gałki ocznej. Noiszewski: Znaczenie zmętnienia ciała szklistego przy oderwaniu siatkówki.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 1. Serbeński: O naglącej potrzebie zorganizowania służby zdrowia w szkołach publicznych (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 3. Schnurpfeil: Léčeni ileu atropinem. Janský: Theorie o podstatě hysterie. Mladějovský: Diabetes.

— *La Presse médicale* N. 4. Guérin-Valmale: Porady lekarskie dla osesków. Mahé: Wybór narzędzi niezbędnych dla wyjmowania zębów.

N. 5. Gilbert i Lereboullet: Przyczynek do nauki o skazie samozakaźnej. Pochodzenie trawienne ostrego gośćca stawowego. Dupaigne: Przyrząd dla wstrzykiwań podskórnych, wyzyskujący siłę elastyczności kauczuku.

— *Berliner klin. Wochenschrift* N. 3. Borchardt: Rana postrzałowa trzustki i ostre krwotoczne jej zapalenie. Figari: Doświadczalne poszukiwania nad wewnętrznem podawaniem gruźliczej antytoksyny. Falkenstein: Istota dny i jej leczenie. Brasch: Rozrost nieprawidłowy i postępowy mięśni u matki i dziecka. Erb: Kiła a wiąd (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 3. Landsteiner i Jagić: O analogii działania koloidalnego kw. krzemowego z reakcyą ciał uodporniających i substancyi pokrewnych. Weinberger: O zakrzepie żyły głównej dolnej w przebiegu ciężkiej blednicy, zakończony wyleczeniem i o wyniku badania krwi w blednicy. Statzer: Tętniak urazowy tętnicy podkolanowej w następstwie kostniaka kości udowej. Spieler: O ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego i o zapaleniu okątniczem u dzieci (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 3. Hofmeier: O złych następstwach głębokich nacięć szyjki macicy w porodzie. Müller: Spostrzeżenia nad plamkami Koplika, diazoreakcya i gorączka w odrze. Hildebrandt: O komórkach eozynofilnych w plwocinie. Baldassari i Gardini: Nowotworzenie się kości po wycięciu kawałka żeber. Sterling: Znaczenie prognostyczne stałe przyśpieszonego tętna w przebiegu gruźlicy płuc. Richartz: Przypadek obfitego wydzielania kiszek przyrody nerwowej. Oberndörfer: Przypadek guza gruźliczego w rdzeniu. Heil: Przyczynek do owaryotomii podczas ciąży, jako ciąg dalszy statystyki Orgler-Gräfego. Bayerthal: Operacyjne leczenie kiły mózgu. Vogel: Wytrzewienie i spondylotomia z następowym obrotem i perforacyą w przypadku niezupełnego pęknięcia macicy.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 4. Loevy: Wpływ na ludzi klimatu górskiego i morskiego. Gaupp: Rokowanie w porażeniu postępującem. Schultze: Uwagi nad paranoją (dok.). Niedner: Przypadek posocznicy gronkowcowej. Busse: O wrodzonych torbielach nerek. Axenfeld: Zapalenia oczów u noworodków, a gonokok.

Redakcya otrzymała. T. Zakrzewski: Badania nad wytrzymałością błony bębenkowej.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 3 (od 17/1 do 23/1) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 29, dz. 37; nieżywo: chł. 3, dz. . — **Zmarło:** miejscowych: męż. 29, kob. 27; zamiejscowych: męż. 8, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 5, obcych —. 2) gruźlica: miej. 13, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 9, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. 3. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 3, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 7, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 12, ob. 5. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob —. **Razem** miej. 56, obcych 16.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 3 lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Raczyński przedstawi rzecz: „O etyologii czerwonki epidemicznej z uwzględnieniem dwóch epidemii, panujących w Galicyi w r. 1903".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**